



Faculté de médecine et médecine dentaire

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET INFLUENCES DES INDUSTRIES PHARMACEUTIQUES :

Quelles raisons amènent les médecins généralistes à accepter aujourd'hui les industries pharmaceutiques comme source d'information pour assurer leur formation continue ?

Travail de Fin d'Études - Étude qualitative en région Bruxelloise

Jean Regniers

Promoteur : Docteur Marc Bouniton

Tutrice : Françoise Van Geit

Master de spécialisation en Médecine Générale - Année académique 2022-2023

Chères lectrices, chers lecteurs,

Ce travail de fin d'étude a été rédigé en écriture inclusive. J'ai profité de la rédaction de ce travail pour faire l'exercice et mieux me rendre compte du caractère genré de la langue française. Pour que vous compreniez bien mon intention, il s'agit plus d'une expérience personnelle qu'une prise de position par rapport à cette thématique.

Bonne lecture,

Jean Regniers

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| TABLE DES MATIÈRES | 3 |
| RESUME | 4 |
| I. INTRODUCTION | 5 |
| 1.1. Mise en contexte : | 5 |
| 1.2. État des lieux des connaissances : | 6 |
| 1.3. Objectif et réflexion autour de la question de recherche : | 7 |
| 1.4. Motivations personnelles et enjeux du sujet : | 7 |
| II. MÉTHODOLOGIE | 9 |
| 2.1. Définition du champ de recherche | 9 |
| 2.2. Méthode de recherche - l'intérêt d'une enquête qualitative | 9 |
| 2.3. Recherche bibliographique | 10 |
| 2.4. Échantillonnage et mode de recrutement | 11 |
| 2.5. Déroulement des entretiens | 11 |
| 2.6. Retranscription et analyse des données | 12 |
| III. RÉSULTATS | 13 |
| 3.1. Échantillon et entretiens | 13 |
| 3.2. Thèmes et analyse thématique | 14 |
| IV. DISCUSSION | 29 |
| 4.1. Résumé des résultats | 29 |
| 4.2. Mise en perspective des résultats | 32 |
| 4.3. Limites et possibilités de recherche : | 38 |
| V. CONCLUSION | 40 |
| VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 41 |
| VII. ANNEXES | 43 |
| 7.1. Annexe 1 - équations de recherche dans la littérature | 43 |
| 7.2. Annexe 2 - Formulaire de Consentement et anonymisation de l'entretien | 43 |
| 7.3. Annexe 3 - Guide final d'entretien semi-dirigé | 44 |
| 7.4. Annexe 4 - Avis de passage devant le comité d'éthique | 46 |
| 7.5. Annexe 5 - Retranscription des sept entretiens semi-dirigés | 47 |

RESUME

Introduction : La médecine générale est une discipline vaste et assurer sa formation continue dans une optique de qualité des soins n'est pas toujours une chose facile en pratique. Les médecins généralistes se disent noyé.e.s dans leur quotidien mais iels sont encore beaucoup aujourd'hui à accepter les industries pharmaceutiques pour s'informer et se former (même en partie) de manière continue, et ce, malgré les différents éléments soulevés sur le sujet dans la littérature.

Question de recherche : Quelles raisons amènent les médecins généralistes à accepter aujourd'hui les industries pharmaceutiques comme source d'information pour assurer leur formation continue ?

Méthode : Une étude qualitative descriptive a permis d'explorer l'expérience de quelques médecins généralistes bruxellois.e.s en matière de formation continue, plus spécifiquement celle en lien avec l'industrie pharmaceutique. La démarche s'est voulue ouverte, exploratoire et compréhensive et en aucun cas jugeante des pratiques en elles-mêmes. Sept entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés après une phase d'échantillonnage non-probabiliste. Ces entretiens ont été strictement retranscrits et le matériel récolté a ensuite été étudié par analyse de contenu thématique.

Résultats : Quatre catégories thématiques principales ont été dégagées du matériel récolté pour explorer les raisons qui amènent les médecins généralistes interviewé.e.s à se former actuellement (même en partie) avec l'industrie. Tout en amont, **la perception ambivalente des firmes par les médecins généralistes** qui les côtoient (1). Iels les considèrent avec méfiance à plusieurs niveaux et se sentent influencé.e.s dans leur pratique. Toutefois, iels tendent à minimiser cette influence et à se sentir équipé.e.s pour y résister. Ensuite, des **pratiques professionnelles fatigantes** (2) et **le ressenti de non-valorisation financière** de moments consacrés à se former participent au phénomène. Les médecins interviewé.e.s disent également se former par le biais de l'industrie pour des **raisons très concrètes** (3). Au contraire, iels perçoivent des difficultés à se former sans les firmes du fait de différents **freins ressentis** (4) au quotidien, que les industries se sont efforcées de supprimer.

Conclusion : Différentes raisons permettent de mieux comprendre pourquoi les médecins généralistes continuent à se former en partie par le biais de l'industrie pharmaceutique. Une perception ambivalente des firmes, des pratiques quotidiennes spécifiques ou encore des motivations et des freins très concrets conditionnent la persistance de ces liens de formation. Ces liens ont des conséquences très documentées dans la littérature mais d'autres études seraient nécessaires pour mieux comprendre ce qui amène les médecins à conserver ces liens malgré tout.

I. INTRODUCTION

1.1. Mise en contexte :

Depuis toujours, la médecine générale est une discipline large, changeante et en constante évolution. Pour faire face aux nombreuses exigences et aux nouveaux défis de leur métier, les médecins généralistes tendent à intégrer, dans leur pratique, des dispositifs visant à améliorer la qualité de leur travail. Parmi ceux-ci, la formation continue des praticien.ne.s. D'obligation légale [1], elle s'est aussi progressivement imposée en nécessité déontologique [2], devenant un des objectifs de la première ligne de soin ces dernières années.

Parallèlement à ça, l'industrie pharmaceutique s'est développée de manière exponentielle depuis la fin du 20^{ème} siècle [3]. Cette croissance l'a amenée à jouer un rôle grandissant et parfois essentiel dans la majorité des domaines de nos systèmes de soins de santé : recherche et développement, fabrication et distribution de dispositifs médicaux, production du savoir scientifique, information aux praticien.ne.s de terrain et aux décideur.euse.s politiques [3].

A la croisée de ces deux évolutions, une relation de proximité s'est installée entre les soignant.e.s et l'industrie pharmaceutique [4]. Celle-ci s'illustre par l'omniprésence des firmes auprès des professionnel.le.s de soins de santé [5]. C'est dans ce contexte que l'industrie pharmaceutique a été amenée à jouer un rôle dans la formation continue des médecins [4].

Après avoir fait un tour de la littérature scientifique (voir point suivant), il s'avère que les médecins généralistes ressentent des difficultés à assurer leur formation continue au quotidien [6]. Dans la pléthore d'offre de formations continues, celles proposées par l'industrie semblent avoir du succès [4]. Pourtant, il ressort aussi que les médecins généralistes conservant des liens avec l'industrie sentent une volonté d'influence de celle-ci sur leurs pratiques [7]. Iels semblent également ne pas toujours être satisfait.e.s. de la qualité de l'information reçues par les firmes [6].

C'est à partir de ces constats et d'une recherche dans la littérature scientifique, que la question de recherche de ce travail a été définie. A en croire l'état des connaissances actuelles, les médecins de première ligne se sentent noyé.es dans leur pratique quotidienne. Iels continuent à interagir avec l'industrie pharmaceutique qui, paradoxalement, ne semble pas toujours répondre à leurs attentes avec des (in)formations peu probantes ou manquant d'objectivité. **Dès lors, quels sont les facteurs qui poussent les médecins généralistes à assurer aujourd'hui leur formation continue (même en partie) en contact avec l'industrie pharmaceutique ?**

1.2. État des lieux des connaissances :

Tout en amont de ce travail, un tour de la littérature scientifique a été effectué sur la thématique de l'influence des firmes pharmaceutiques sur les pratiques médicales (pour les détails voir 2.3). Cette recherche avait pour but de mieux comprendre ce qui était déjà connu sur le sujet. Force est de constater que les recherches trouvées sont nombreuses, mais ne concernent pas toujours spécifiquement le contexte de la médecine générale. En résumé, il se dégage plusieurs choses :

1. De nombreuses études ont pu faire l'état des interactions entre les médecins généralistes et l'industrie (plutôt dans les pays anglo-saxons). Elles montrent par exemple que la majorité des médecins ont eu ou entretiennent régulièrement des liens avec l'industrie pharmaceutique [4] [5].

2. Il se dégage de plusieurs études que les stratégies commerciales des industries pharmaceutiques auprès des médecins sont sources de conflits d'intérêt, à savoir : une situation d'interférence où un intérêt primaire (santé du patient, bonne pratique médicale, volonté de formation continue, ...) est influencé par un intérêt secondaire (gain financier, relation d'amitié, volonté d'influence - ...) [8].

3. Plusieurs revues systématiques de la littérature démontrent que le marketing des industries aurait une influence sur les pratiques des médecins [9] [10]. Cette influence a été évaluée par une diminution de la qualité des prescriptions, une augmentation de la quantité et du prix des prescriptions et une majoration des prescriptions hors recommandations [11]. En d'autres mots, selon la littérature, les praticien.ne.s qui conservent des liens avec les industries ou se forment à leurs côtés prescriraient plus de médicaments, plus chers et sortiraient davantage des recommandations [9] [12].

4. Il n'a pas été prouvé que la formation continue prodiguée par les industries améliorerait les pratiques médicales de manière générale. Par contre, une telle étude a déjà été conduite sur la visite de délégué.e.s médicaux indépendant.e.s (type Farmaka). Elle est jugée comme généralement efficace pour améliorer les soins et la prescription des médecins [13].

5. L'information délivrée aux médecins par les industries pharmaceutiques, peu importe le dispositif (visite de délégué, flyer, information écrite, ...), serait jugée comme "peu probante" et ne correspondrait la plupart du temps pas aux attentes des médecins généralistes [6].

6. Les médecins perçoivent une volonté des firmes de les influencer, mais cette perception serait largement inférieure aux impacts réels sur les pratiques de soins [6]. Autrement dit, la majorité des médecins s'estiment peu influencé.e.s par les différentes stratégies des firmes alors que la littérature montre le contraire. Par contre, nombreux.ses sont ceux qui considèrent que leurs confrères sont influencé.e.s par ces stratégies [14][15].

1.3. Objectif et réflexion autour de la question de recherche :

Formuler une question de recherche autour de cette thématique ne s'est pas révélé d'emblée chose facile. Après avoir fait une revue de la littérature [12], force est de constater que beaucoup de choses ont déjà été dites sur ce sujet mais peu sur le contexte spécifique de la médecine générale. Si les conclusions des travaux divergent parfois, elles tendent de plus en plus à s'uniformiser dans le sens d'une altération des pratiques de prescription des soignant.e.s en cas de liens avec les firmes pharmaceutiques [9] [10] [11]. Après réflexion, plutôt que d'abonder dans ce sens, j'ai préféré (en suivant les conseils de *Gilles Henrard* et *Marc Bouniton*, que je remercie d'ailleurs) partir sur une approche plus ouverte de la thématique. L'objectif de ce travail est d'aborder le sujet dans une **optique exploratoire** pour essayer de creuser les motivations et les freins des médecins généralistes bruxellois.e.s dans les choix de leurs méthodes de formation continue. Il s'agit surtout de recueillir leurs ressentis sur ces différentes modalités de formation continue. Un accent particulier sera mis sur les formations en lien avec les firmes pour tenter d'approfondir les ambivalences mentionnées précédemment. Il s'agira aussi d'examiner ce qui convient encore aux médecins, dans ce que proposent les industries. En résumé, la démarche s'est voulue ouverte, exploratoire et **compréhensive** mais **en aucun cas jugeante des pratiques en elles-mêmes**.

1.4. Motivations personnelles et enjeux du sujet :

Mon intérêt quant à la thématique assez globale des industries pharmaceutiques a été le résultat de la combinaison de deux éléments. Le premier a été l'introduction, plus théorique, au thème de l'influence des firmes et leur impact sur nos systèmes de soins par le Professeur Pierre-Joseph Laurent de la faculté de Sociologie de l'UCL qui m'a proposé de rédiger un travail sur le sujet. Le deuxième élément a été beaucoup plus concret. Comme beaucoup de médecins en formation [16], j'ai été surpris, lors de mes premiers stages de médecine, par l'omniprésence des firmes pharmaceutiques dans les structures de soins. Plus que cette présence, j'ai été aussi étonné par cette "proximité normalisée" entre les médecins et les firmes, tout comme par l'absence d'éducation des étudiant.e.s (et souvent des praticien.ne.s) aux enjeux découlant de ces liens [16].

Ensuite, au fil de ma formation en médecine générale, j'ai été marqué par la différence de perception de ces liens avec les firmes pharmaceutiques. D'un côté, mes connaissances et rencontres du milieu médical semblaient la plupart du temps assez favorable à ces interactions, souvent considérées comme positives ou, à minima, comme neutres pour les pratiques. J'ai parfois rencontré des médecins plus ambivalents ayant une moins bonne opinion des industriels. Paradoxalement, ceux-

ci maintenaient des relations fréquentes et proches avec eux. D'un autre côté, j'ai relevé plus régulièrement des perceptions négatives de ces liens dans mon entourage n'appartenant pas au milieu médical. Parfois même désignés comme des liens d'intérêt financiers inadéquats, des conflits d'intérêt voir même de la corruption, ces relations suscitent un étonnement inquiet pouvant atteindre la perte de confiance dans la probité des soignant.e.s.

Finalement, j'ai été rapidement passionné par cette thématique de par les nombreux enjeux qui y sont liés. D'abord en termes d'impact sur la santé individuelle de nos patient.e.s, en témoigne l'importance des stratégies d'influence des firmes [17] et sa causalité de plus en plus démontrée sur la prescription inadéquate de soins [9] [10]. Ensuite, parce qu'il s'agit d'un défi pour nos systèmes de santé et pour la santé publique en général. A titre d'exemple financier, le docteur Dirk Van Duppen a estimé, en 2006, que les pertes imputées à l'INAMI (correspondant à des gains pour l'industrie) par des prescriptions inadéquates (surmédicalisation, prescriptions hors recommandations, prescriptions non génériques, ...) pouvaient graviter autour d'1,5 milliard d'euro [18]. Cet enjeu est donc majeur car l'argent perdu est majoritairement public et ne peut être investi dans d'autres domaines prioritaires de nos systèmes de soins.

En résumé, que ce soit pour la bonne santé individuelle des patient.e.s, pour la confiance qui nous est accordée comme référent.e.s dans les soins de santé ou pour la santé publique en général, il me paraît essentiel de réfléchir constamment à nos pratiques et, plus en amont, à ce qui les détermine, dans un objectif d'amélioration constante de la qualité des soins.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Définition du champ de recherche

Avant toute chose, il est important de préciser et de définir clairement le champ de recherche abordé dans le cadre de ce travail. Les thématiques de formations continues et d'influences des firmes pharmaceutiques ayant déjà été abordées à de nombreuses reprises dans la littérature et dans des travaux de fin d'étude (référencés plus haut et au point 8. Références bibliographiques), plusieurs choix ont été faits pour garder une approche réaliste et ciblée de la thématique :

- S'intéresser exclusivement à la formation continue (vue largement comme toute modalité permettant le processus d'apprentissage permanent des médecins) et à l'influence des firmes pharmaceutiques **dans le contexte précis de la médecine générale.**
- Traiter de la thématique dans une **zone géographique restreinte** et **des pratiques** de médecine générale en zone urbaine ou péri-urbaine, à savoir ici la région bruxelloise.
- S'intéresser **de manière ciblée à la formation continue** : aux ressentis, aux incitants et/ou freins à se former en lien avec les firmes pharmaceutiques (ou autrement).
- Insister plus globalement sur les interactions avec les firmes pharmaceutiques ayant cours **au sein du cabinet ou de la pratique de médecine générale** et plus précisément sur la **visite ou rencontre de délégués médicaux** [19].

2.2. Méthode de recherche - l'intérêt d'une enquête qualitative

Concernant la méthode de recueil des données, après réflexion, le choix s'est porté sur une méthodologie qualitative. Pour ce faire, une série d'entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de plusieurs médecins généralistes bruxellois.e.s. Ces entretiens constituaient surtout des moments de discussion ouverte sur les différentes thématiques abordées dans ce travail. Le but n'était pas d'évaluer des éléments quantifiables, mais bien d'explorer des ressentis subjectifs et des motivations personnelles. De plus, le caractère inductif et itératif de la démarche qualitative permet d'amener de la complexité au matériel récolté dans l'idée d'essayer de dépasser les réponses simples ou consensuelles. Ce type de méthodologie s'est révélé le plus pertinent pour faire émerger de nouvelles pistes de réflexion et ouvrir le débat sur cette thématique.

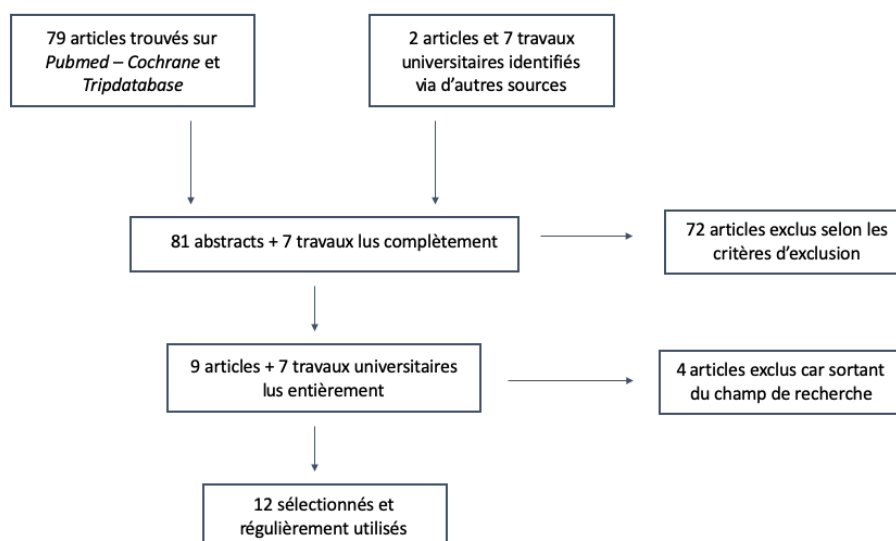
2.3. Recherche bibliographique

Une recherche dans la littérature a été réalisée en amont de ce travail pour faire un premier état des lieux des connaissances sur le sujet. Les bibliothèques *Pubmed – Cochrane et Tripdatabase* ont été explorées en première intention avec les mots clés suivants :

- **Industries pharmaceutiques** : “pharmaceutical industries” – “pharmaceutical industry” “drug industry” – “drug industries”
- **Médecin généraliste** : “general practice”- “general practice physician”- “general physician” – “general practitioner(s)” – “family doctor”- “family physician”- “primary care doctor”- “primary care physician(s)”
- **Conflit d’intérêt** : “conflict of interest”
- **Influence & Promotion** : “influence” – “industry sponsorship” – “biais” – “pharmaceutical promotion”- “drug promotion” - “marketing”

Des équations de recherche similaires ont été utilisées dans les différentes bibliothèques. Les équations sont jointes en annexe (voir annexe 1). Au niveau des résultats, 12 articles ont été trouvés via *Pubmed*, 4 articles via *Cochrane* et 63 via *Tripdatabase*. Une sélection a ensuite été faite après lecture des abstracts et application des critères d’exclusion (articles de plus de 10 ans – articles dans d’autres langues que le français ou l’anglais – articles ne traitant pas directement de la problématique ou n’étant pas en lien avec la médecine générale). Enfin, une recherche dans la littérature grise et dans différentes bases de données francophones (principalement *Minerva* et le *Centre Fédéral d’Expertise des Soins de santé*) a permis d’identifier 7 travaux universitaires et 2 articles supplémentaires en rapport avec la thématique.

Figure 1 : Organigramme de recherche dans la littérature scientifique. Recherche faite en avril 2022.



2.4. Échantillonnage et mode de recrutement

Le recrutement des médecins a été réalisé par la combinaison de deux stratégies : celle du « bouche à oreille » en première intention et celle dite de la « boule de neige » dans un second temps. D'abord plusieurs médecins ont été sélectionné.e.s et contacté.e.s par téléphone ou par mail. Pour participer, les médecins devaient uniquement rencontrer **encore actuellement** des représentants de firmes pharmaceutiques, dans ou en dehors de leur cabinet médical, pour leur formation continue. La question a donc été posée directement aux médecins contacté.e.s et la sélection s'est faite sur une base déclarative des potentiels candidat.e.s. Après cela, les médecins sélectionné.e.s m'ont permis de recruter d'autres candidat.e.s dans leur entourage plus ou moins proche selon la méthode d'échantillonnage en « boule de neige ».

Ces deux méthodes d'échantillonnage non-probabiliste n'ont pas eu vocation à viser la représentativité mais, dans une optique exploratoire, c'est plutôt une diversité de profils qui a été recherchée dans la population de médecins généralistes sélectionné.es. Cette volonté de diversification s'est axée autour de l'hétérogénéité des critères suivants : genre - âge - type de pratique (pratique à l'acte ou au forfait - en maison médicale ou en association ou pratique en solo) - milieu de travail (urbain et péri-urbain essentiellement) – nombre d'années de pratique – conventionnement du prestataire.

Concernant la procédure de recrutement, elle s'est voulue simple et semblable pour tous les participant.e.s. D'abord, les médecins ont été contacté.e.s par téléphone ou plus majoritairement avec un mail type comprenant une courte présentation de ma personne, une explication de ma question de recherche, des thématiques abordées et de l'objectif du travail, une demande claire et sur base déclarative de réponse au seul critère d'inclusion (rencontrer **encore actuellement** des représentants de firmes dans le cadre de sa formation continue), une demande d'entretien à la meilleure convenance des candidat.e.s et une explications des modalités pratiques (durée - lieu de rencontre – anonymisation – document de consentement).

2.5. Déroulement des entretiens

Après cette phase d'échantillonnage et de recrutement, les candidat.e.s ont été rencontré.e.s entre les mois de décembre 2022 et mars 2023. Les entretiens se sont déroulés après avoir obtenu le consentement des participant.e.s et avoir assuré l'anonymisation de leurs données (formulaire de consentement joint en annexe 2). Tous les entretiens ont eu lieu dans le cabinet des médecins interviewé.e.s, pour une durée d'une heure, et à leur meilleure convenance.

Concernant le guide d'entretien (joint en annexe 3), il a été rédigé en amont sur la base des recherches faites dans la littérature. En premier lieu, le guide d'entretien a été modifié et considérablement amélioré après le retour de trois relecteurs indépendants, dont un Docteur en Sociologie et Anthropologie ayant déjà travaillé sur ces thématiques. En deuxième lieu, le guide d'entretien a été raccourci et modifié après avoir été testé sur un médecin volontaire, habitué aux entretiens de ce type. En troisième lieu, le guide d'entretien a très légèrement évolué au fil des entretiens en modifiant l'ordre de quelques questions pour mieux accompagner la discussion.

2.6. Retranscription et analyse des données

Un travail de retranscription mot à mot a été réalisé de façon à restituer de manière fidèle le contenu des discussions. Celui-ci a été anonymisé et, dans les suites immédiates des entretiens, des notes et impressions globales sous forme de comptes rendus ont été prises de manière à mettre sur papier certaines informations et à limiter au maximum le biais de mémorisation lors de l'analyse à posteriori.

Un examen des données récoltées a été réalisé par analyse de contenu thématique des entretiens retranscrits et des quelques notes manuscrites mentionnées précédemment [20]. Cette méthode d'analyse consiste à "repérer des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets" [21]. Autrement dit, dans le cadre de ce travail, l'analyse thématique va permettre d'extraire des entretiens retranscrits une analyse de leur contenu organisée autour de thèmes et de sous-thèmes bien précis. Il s'agit d'un décodage du matériel récolté dans les entretiens en vue d'en dégager du sens. Cette analyse des entretiens a vu se succéder trois étapes :

1. Le codage préalable des thèmes (inhérent à la rédaction du guide d'entretien) et l'ancrage dans le matériel au fil de sa retranscription.
2. L'étiquetage des thèmes récurrents après retranscription complète et plusieurs relectures actives des entretiens.
3. La consolidation de ces thèmes pour les organiser en catégories thématiques claires.

Dans l'ensemble, l'étude du matériel récolté s'est voulue systématique et rigoureuse en vue de dégager des catégories thématiques claires. Dans cette optique, tous les entretiens et l'étiquetage ont été relus par un pair. L'analyse détaillée dans le point suivant aura essentiellement une vocation descriptive du sujet abordé.

III. RÉSULTATS

3.1. Échantillon et entretiens

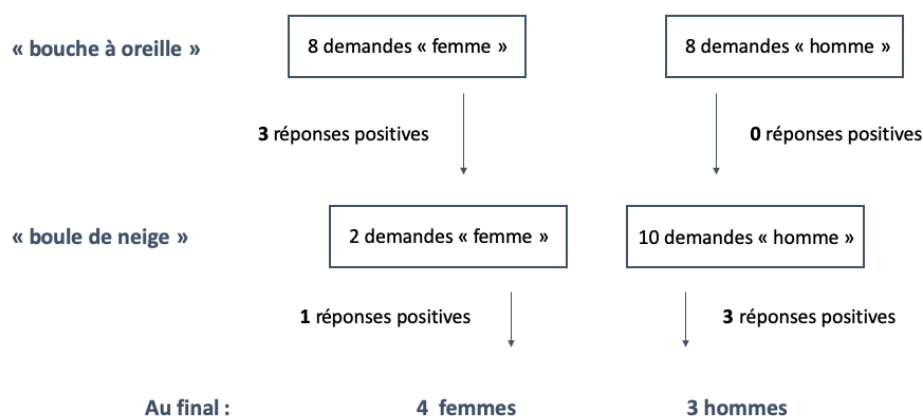
Comme expliqué précédemment, sept médecins généralistes ont été recrutés en région Bruxelloise puis interviewés à leur cabinet. Les différentes caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans la figure 2.

Figure 2 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interviewé.es. Entretiens réalisés entre décembre 2022 et mars 2023.

| | Genre | Localisation | Pratique | Convention/Accréditation | Années de Pratique |
|-----------|-------|--------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Médecin 1 | Femme | Péri-urbain | à l'acte - en solo | oui/oui | 25 |
| Médecin 2 | Homme | Urbain | à l'acte - en solo | non/oui | 35 |
| Médecin 3 | Femme | Urbain | à l'acte - en maison médicale | oui/oui | 20 |
| Médecin 4 | Homme | Urbain | à l'acte - en association | non/oui | 25 |
| Médecin 5 | Femme | Urbain | à l'acte - en association | oui/oui | 15 |
| Médecin 6 | Femme | Urbain | à l'acte - en maison médicale | oui/oui | 20 |
| Médecin 7 | Homme | Péri-urbain | à l'acte - en association | non/oui | 5 |

Il importe de spécifier deux points concernant l'échantillonnage : d'une part et pour des raisons inconnues, il a été beaucoup plus difficile de recruter des médecins généralistes "homme" (au total, le matériel analysé comporte trois entretiens de praticiens "homme" pour 18 demandes contre 4 entretiens de praticiennes "femme" pour 10 demandes : voir figure 3). D'autre part, le recrutement n'a permis de couvrir que des pratiques de soins "à l'acte" (sept structures travaillant "au forfait" ont été contactées et n'ont pu être recrutées car aucune n'avait encore actuellement de liens avec les firmes pharmaceutiques). Au total, le matériel analysé se compose de sept entretiens semi-dirigés réalisés entre les mois de décembre 2022 et de mars 2023, la durée moyenne des entretiens étant de 52 minutes pour une durée totale de 6h04 de récolte de données, correspondant à 72 pages de retranscription.

Figure 3 : Organigramme d'échantillonnage et de recrutement des médecins contacté.e.s et sélectionné.e.s entre décembre 2022 et février 2023.



3.2. Thèmes et analyse thématique

Pour tenter de mieux comprendre les raisons qui amènent les médecins généralistes à assurer (même en partie) leur formation continue via les firmes pharmaceutiques, plusieurs entretiens ont été menés puis analysés en vue d'en dégager des thèmes. Ceux-ci ont ensuite été triés selon leur pertinence et sélectionnés puis regroupés en quatre catégories conceptualisantes.

Catégorie 1 : des perceptions déterminant des discours

Dans cette première catégorie, je m'attarderai sur la perception des firmes pharmaceutiques par les médecins généralistes, de leurs représentant.e.s et plus généralement de ce qui ressort de leurs interactions avec elles. Cette première catégorie permettra de parcourir différents ressentis autour de la thématique du lien avec l'industrie pharmaceutique. Loin d'être noirs ou blancs, les perceptions et les discours amenés par les médecins illustrent toutes les nuances et les contradictions qui peuvent entourer les liens avec l'industrie et leurs représentant.e.s.

- **Une perception ambivalente des firmes à travers leurs représentants**

Il ressort de manière assez claire que les médecins expriment une perception assez méfiante des firmes, illustrées notamment par l'ambivalence de leurs rapports avec les délégués médicaux. D'un côté, les délégués sont parfois considérés comme des vecteurs de l'influence des firmes :

“C'est évident que s'ils viennent te voir, c'est parce qu'ils veulent vendre leurs produits. Enfin, ils ne s'en cachent pas non plus enfin donc. Après moi, j'aime autant un délégué honnête après (...)” E6

“Enfin ça, c'est un délégué, alors c'est un délégué médical donc il y a vraiment un lien avec notre métier mais ça reste aussi un délégué commercial.” E2

“Il y en a où t'as vraiment l'impression que c'est des purs vendeurs pour leurs produits ou donc le seul intérêt là c'est dans ce cas-là qu'ils nous apportent à manger et qui nous filent des échantillons. C'est le seul et unique intérêt (...)” E6

“(...) je sens bien que ils vont pas au fond de ma question ou qu'ils n'entendent pas que dans ma pratique c'est pas forcément pertinent et voilà qu'ils veulent à tout prix faire passer une info, ça ça m'embête.” E2

D'un autre côté, il apparaît que les représentants des firmes sont considérés de manière plutôt positive moyennant certaines conditions (connaissance de leur produit – apparence d'impartialité - relation de confiance – disponibilité - ...). Le matériel illustre aussi une certaine composante d'habitude, voire de loyauté envers des délégués connu.e.s de longue date :

“C'est très personnel aussi, mais y a des personnalités qu'on aime bien, y a des gens qu'on connaît depuis 10 ans, y a des gens qu'on finit par voir dans d'autres contextes, par croiser d'autres manières, donc c'est toujours un temps agréable aussi (...)” E2

“Il y a aussi des délégués qui apportent plus que ça et qui connaissent leurs produits, qui savent expliquer leurs produits et voilà qui t'apprennent quand même quelque chose.” E6

“Et puis le délégué se présente, il amène des informations, il y a tout un travail fait en amont qu'on ne doit pas faire, aussi une relation effectivement, certains, je les vois depuis des années, j'aurais un peu l'impression de les lâcher.” E5

“J'ai quand même des délégués qui connaissent vraiment bien leurs produits, où tu poses une question sur une interaction sur un truc, ils savent te répondre” E6

“Moi, je suis assez exigeante sur la manière dont les délégués viennent nous parler. J'aime pas les approximations, j'aime pas je sais, il y a toujours un côté commercial, mais je préfère ne pas le ressentir (...)” E2

▪ Une perception négative de la qualité de l'information délivrée par les firmes

La qualité de l'information délivrée par les firmes est jugée par certain.e.s comme biaisée, orientée commercialement ou même nulle en termes d'apports scientifiques :

“On s'est posé la question parce qu'on trouvait leur information pas pertinente et pas scientifiquement intéressante (...) parce que l'information qu'il amènent, même si 9 sur 10 ne nous intéresse pas, le 10e, qui reste on ne sait pas le trouver autre part” E5

“La source (d'information) est vraiment très très limitée hein, donc ce qui me motive c'est vraiment très faible la plupart du temps.” E1

“Voilà, mais sinon en termes d'apport scientifique, en ce qui concerne les indications de ces médicaments, là il m'apporte rien du tout.” E1

“Il nous amène encore une information, alors pas toujours très pertinente, et c'est parfois redondant” E4

“Donc je trouve que l'information est quand même souvent biaisée (...) Mais je trouve que l'information n'est pas toujours optimale, que ce soit par rapport à l'information qu'ils nous donnent pour nos consultations ou quand tu les vois pour faire une formation, quand tu prends un spécialiste pour parler d'un sujet, j'ai l'impression que parfois c'est un petit peu biaisé aussi quoi”.

- **Des interactions avec les firmes pas forcément perçues comme de la formation en soi**

Les médecins interviewé.e.s conservent tous des interactions régulières avec les firmes pharmaceutiques à l'occasion de moments de formations (accréditées ou non) dans ou en dehors de leur cabinet médical. Pourtant, l'analyse de leurs discours montrent que ces interactions avec les firmes ne sont pas toujours considérées comme de la formation en soi :

“Ben pour moi, la formation donnée par les délégués médicaux n'est pas une formation, c'est de la publicité. Donc très clairement, il y a du marketing derrière.” E3

“Je dirais que les firmes c'est un peu un bonus de truc que je ne connais pas mais c'est pas avec eux que je vais me former.” E6

“On prend beaucoup de recul donc pour moi les délégués, ça ne représente plus une formation, c'est à prendre avec des pincettes (...)” E3

“(...) à partir d'un moment, effectivement je me suis rendu compte que c'était pas de la formation, toutes les infos qu'ils nous apportaient...” E3

A ce niveau, s'attarder sur le discours des praticien.ne.s montre qu'ils ne considèrent pas leurs interactions avec les firmes comme de la formation continue. Toutefois, il paraît tout aussi pertinent de s'attarder sur l'autre versant de la médaille des discours, à savoir les “non-dits”. Questionné.e.s au début des entretiens sur les modalités mises en place dans leurs pratiques pour se former de manière continue, les médecins interviewé.e.s mentionnent de multiples sources de formations continues mais n'évoquent jamais spontanément leurs interactions avec les firmes dans leur liste de formations. Cette absence d'évocation spontanée peut éventuellement être comprise, autant que les discours, comme une autre manière de comprendre que les interactions avec l'industrie ne sont pas considérées comme de la formation continue par les médecins interviewé.e.s. Toutefois cette interprétation reste à prendre avec des pincettes. Explorer des choses aussi complexes que les non-dits et l'inconscient paraît difficile voire sortir des limites méthodologiques de ce travail.

- **Une perception de la volonté d'influence des firmes mais une confiance dans leur capacité de discernement**

Les entretiens révèlent de manière assez manifeste que les médecins interviewé.e.s sont conscients de la volonté d'influence des firmes qu'ils perçoivent d'ailleurs à plus d'un titre :

“Je réfléchis, parce que attention, ils sont malins hein ? Les firmes pharma et donc ils ont quand même une façon de nous avoir entre guillemets, donc on rentre dans un jeu, mais il faut le savoir.” E4

“(…) je vais pas prescrire parce que le délégué me dit que c'est bien de prescrire quoi (…) Mais est-ce que ça va influencer mes choix dans les produits ? En réalité je pense pas, non vraiment je pense pas.” E6

“(…) c'est con mais voilà on se fait tous un petit peu gentiment manipuler avec des trucs comme ça mais il faut juste en être conscient.” E4

“S'il y a des pressions, je dirais que c'est parfois plus des pressions de classe, hein. Il y a beaucoup de pression sur les statines.” E1

“Je pense qu'on part du principe qu'il y a forcément une influence. Enfin ça, c'est un délégué, alors c'est un délégué médical donc il y a vraiment un lien avec notre métier mais ça reste aussi un délégué commercial.” E2

“En tout cas, volonté de vendre et donc, par-là volonté d'influencer un peu” E7

“C'est évident que s'ils viennent te voir, c'est parce qu'ils veulent vendre leurs produits.” E6

Il apparait aussi, au fil des entretiens que les médecins manifestent une certaine confiance dans leur capacité de discernement. Ils s'estiment outillés pour résister de manière consciente à l'influence des firmes bien qu'ils admettent une certaine influence sur leur inconscient :

“Ils nous invitent au resto, c'est quand même pour parler un peu de leurs produits et nous, c'est pas un lavage de cerveau mais ça rentre quand même un petit peu, mais on est consentant en sachant que, oui on va pas se laisser prendre et, à la fois, il y a des choses qui se passent au niveau de l'inconscient.” E3

“Maintenant je fais comme ça mais peut-être qu'inconsciemment je suis influencé, comme du bourrage de crâne.” E5

“J'ai l'orgueil de prétendre que voilà une firme n'interfère que très peu sur ma manière de prescrire. Je sais qu'il y a plein d'études qui prouvent le contraire. Ben voilà, je me considère, euh, relativement indépendant là-dedans, mais je dois certainement être influencé (…) je ne pense pas que je déflore ma capacité réflexive.” E1

“J'ai pas tellement l'impression que ça hein. Ou bien alors peut-être dans un inconscient, hein. C'est peut-être le but. En tout cas pas consciemment.” E6

“Donc voilà donc, oui, il y a certainement, il doit y avoir une interférence. Je pense rester objectif, mais voilà, j'imagine que y a des choses qui doivent être inconscientes” E1

“Mais voilà, après on sait que c'est évidemment en lien avec la firme, on garde quand même notre jugement par rapport à ça (…) Je pense être indépendant par rapport à ça, mais bon, je sais bien que toutes les études, que beaucoup d'études qui ont été faites prouvent le contraire (…)” E6

“Mais après, ça reste une information qu'on te donne, qu'on te redonne et cetera et à la longue, ça te donne une certaine influence peut-être de manière inconsciente.” E7

A la suite des entretiens, il apparait aussi que les médecins interviewé.e.s ne parlent peu ou pas spontanément de l'influence des firmes pharmaceutiques sur leurs pratiques. Dans la même optique des “non-dits” développée précédemment, ce qui n'est pas dit spontanément dans l'interview est peut-être aussi important que ce qui s'est dit. Les limites quant au caractère interprétatif de l'analyse des “non-dits” restent les mêmes que celles évoquées plus haut.

- **Une pratique et des interactions perçues comme minimales ou en déclin**

Il se dégage des entretiens une réelle impression de déclin des stratégies d'influence et de moyens en possession des firmes pharmaceutiques pour interagir avec les pratiques de terrain en médecine. Les firmes sont vues comme n'ayant plus les moyens, leur influence étant en diminution et les réalités actuelles sont perçues comme étant tout à fait différentes de "l'époque" :

"C'est plus comme à l'époque où on recevait des gros cadeaux, j'avoue que j'ai jamais connu cette époque-là mais ça a changé" E5

"Les firmes n'ont plus d'argent donc moi j'ai jamais été vraiment invité dans des trucs, oui des restos, mais j'ai jamais fait des congrès payés par des firmes" E3

"Je pense qu'il y a un côté générationnel dans le rapport aux firmes aussi, quand j'ai commencé à bosser c'était encore le moment où il y avait des restos, des machins (...), je pense que la génération qui a plus que 50, 55 ans, a beaucoup connu ça et ça avait son rôle à l'époque (...) moi je l'ai jamais connu mais quand je parlais avec des médecins qui sont plus âgés, j'en connais plein qui ont fait des congrès complets payés par des firmes qui partaient 4 jours au pôle Nord..." E4

"D'abord la chose a très diminué donc de ce que je me souviens, il y a 20 ans, 25 ans, il y avait pas une semaine, on avait pas de 2 ou 3 invitations pour une activité proposée par une firme" E1

"(...) et il faut pas se mentir, je pense que les anciens médecins, quelque part, les firmes leur apportaient beaucoup. Ils sont partis en vacances au ski avec leur famille, soit disant pour un congrès, et cetera (...)" E3

"Non parce que, y a une époque qui était comme ça, je pense clairement que c'est fini (...)" E4

- **Une perception plus que positive des formations indépendantes mais...**

Le fil des entretiens révèle aussi une appréciation très favorable des formations ou sources d'informations indépendantes. Plusieurs freins à leur utilisation ont été évoqués et seront développés dans la catégorie thématique 4. Il reste intéressant de noter que la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) jouit au sein des médecins interviewé.e.s d'une crédibilité notable :

"Après il y a les formations, alors moi je me base beaucoup sur les formations, notamment de la SSMG, les choses facilement accessibles qui sont bien faites pour les généralistes par les généralistes." E2

"(...) la SSMG donc ça c'est une source relativement riche. Je pense que l'avantage, c'est que c'est fait par des généralistes pour des généralistes et qu'il y a quand même là derrière un chouette équilibre entre l'aspect purement scientifique et l'aspect, voilà, on est en première ligne." E2

"Oui, donc moi je suis une SSMGiste convaincue, donc je travaille, je fais les semaines à l'étranger de la SSMG depuis mmh, ça fait une dizaine d'années" E3

"Ben faut le dire, c'est quand même la SSMG donc ça c'est sûr et certain. J'ai toujours participé aux week-ends de la SSMG, aux deux week-ends entiers et je trouvais toujours ça super (...) Bref, donc moi j'aime bien aussi les grandes journées de la SSMG donc en général, toutes les formations proposées sont super." E6

"Voilà les formations de la SSMG sont clairement des formations d'une qualité irréprochable à plein de niveaux, qui sont vraiment encadrées par des grands grands spécialistes qui viennent de la Belgique entière, parfois même de France, ça arrive. Donc voilà, qui sont préparées par des généralistes." E3

L'initiative Farmaka [13] (NB : visite d'un.e délégué.e médical.e indépendant.e au cabinet de médecine générale) apparaît comme ayant marqué les esprits des médecins interviewé.e.s. Semblant bien répondre à la demande de formation des médecins de première ligne, elle est d'ailleurs évoquée souvent spontanément avec nostalgie et avec des discours élogieux :

“il y avait la Farmaka qui visitait avant les généralistes entre autres ou eux, je sais qu'y avait une équipe là derrière, qui faisait du boulot, sérieux, scientifique et qui venait présenter quelque chose d'objectif et à la fois sur lequel on pouvait encore réfléchir soi-même et avancer. Mais on avait une information claire, ce qui était validé, qu'est-ce qui était, de quel niveau de preuve, c'était exposé comme ça quoi. Eux, ils avaient fait le travail pour nous. Toute la recherche et ils présentaient un outil pratique qui était du coup, pour moi, une bonne formation. Donc l'absence de ce genre d'organisme, c'est plutôt un frein (à la formation continue de qualité).” E2

“Oui je suis très triste de ça. Je suis aussi extrêmement triste, ils venaient nous voir d'ailleurs, tu dois savoir ça, ceux de Farmaka, voilà, donc je suis très triste du manque d'outils et du manque de supports (...) Oui je trouvais ça génial quand ils venaient nous voir notamment sur la dé-prescription des IPP.” E6

Catégorie 2 : des pratiques déterminant des comportements :

Dans cette deuxième catégorie, je vais développer plus en profondeur comment les pratiques des médecins interviewé.e.s conditionnent leurs comportements au quotidien notamment via leurs rapports aux firmes pharmaceutiques. Ce sera l'occasion de détailler certaines réalités matérielles de travail habitées par la contrainte et d'essayer de réfléchir plus généralement sur le modèle de travail des praticien.ne.s de première ligne.

▪ Une charge de travail importante et beaucoup de contraintes professionnelles

Il ressort de l'analyse des entretiens que les médecins de première ligne se sentent effectivement très sollicité.e.s par leur vie professionnelle vue comme passionnante mais aussi comme énergivore, pleine de contraintes (horaires, intellectuelles, administratives, ...) et parfois trop prenante. Les pratiques de médecine générale sont vues comme en constante évolution, nécessitant de se tenir constamment à la page et difficiles à concilier avec d'autres priorités de vie :

“On est dans un métier qui bouge tout le temps avec les nouvelles molécules avec les nouvelles catégories, les nouvelles choses qui sortent, les nouvelles études et cetera.” E3

“(…) évidemment le volet formation continue, ben une fois que t'as une vie de famille, il faut à un moment donné, placer ses priorités. Et donc voilà, y a 24h dans une journée et on ne sait pas tout faire et donc il faut faire des choix.” E6

“Oui, j'ai déjà pensé à ça pour un manque de temps. En fait, c'est parce que quand on est débordé, qu'on a plein de choses à faire et qu'on doit consacrer à quelque chose qu'on pourrait faire par ailleurs.” E2

“Voilà finir une consultation, finir une journée à 19h, c'est quand même relativement difficile à moins d'être sur rendez-vous juste ce jour-là.” E1

“Toujours, on n'attend de nous tellement. De choses tout le temps que je crois que de temps en temps aussi, le frein, c'est juste nous et notre histoire personnelle, c'est de dire, on a aussi droit, parfois, comme dans n'importe quelle profession, à être un peu moins motivé, un peu moins impliqué parce qu'on a la tête ailleurs, parce qu'on n'a pas envie tout simplement et parce qu'on a juste envie, qu'on nous foute la paix. (...) La réalité, c'est qu'en fait de temps en temps on est pas des robots. On a juste envie qu'on nous foute la paix avec ça.” E2

▪ **Une volonté de mettre du cadre dans sa pratique... donc du cadre aux industriels**

Si la pratique des médecins interviewé.e.s est décrite comme éreintante, le matériel permet également de déceler une réelle volonté de mettre du cadre dans leurs réalités de travail, notamment via un contrôle de l'offre d'interactions des firmes pharmaceutiques. A ce niveau, le lexique utilisé dépeint une offre pléthorique de formations continues et des sollicitations abondantes des firmes desquelles les praticien.ne.s doivent se protéger. La notion d'ambivalence est à nouveau bien présente dans cette thématique : les médecins interviewé.e.s disent être débordés en partie par des sollicitations de rencontres avec les firmes qu'ils cadrent par différents moyens mais qu'ils conservent malgré tout :

“Et donc avec les années, moi je me suis dit : j'ai pas de temps, j'ai envie de continuer à me former de manière objective et les délégués sont une perte de temps (...) je me disais, mais qu'est-ce que j'ai perdu mon temps ? En fait, quand ils arrivaient, j'attendais qu'une seule chose, c'est qu'ils s'en aillent, et qu'ils laissent les échantillons sur la table.” E3

“Voilà, et en général, on essaie aussi de les regrouper, c'est à dire que si on voit une firme et que on la revoit deux mois après nous représenter le même produit, ça va vraiment nous hérisser. (...) mais donc eux parfois, tu sens qu'ils veulent être reconvoqués parce qu'ils savent que ça s'imprime mieux (...) On a dit voilà, c'est pas possible. Parfois, on trouve une combine, mais tu passes, tu déposes ton truc mais je passe pas du temps avec les firmes du coup. Parfois, déposer un échantillon s'ils veulent ou pas, mais en tout cas, nous, on les reçoit en général une fois par semaine donc c'est très peu, et on demande qu'une même grosse firme par exemple GSK, regroupe ses délégués et qu'ils viennent tous nous présenter leurs produits en une fois sur un seul temps de midi.” E6

“D'où le fait qu'on les convoque à midi parce que moi, je ne sais pas leur consacrer du temps en dehors de ça.” E6

“C'est pour ça que je mets pas dans la consultation sur RDV, hein, je leur mets la pression y a les gens qui sont avant, les gens qui sont après, ils sont là, je dirais pour me parler de leurs produits, je les interromps tout de suite quand ils me parlent de l'indication du produit et la manière dont je vais l'utiliser. (...) Donc là je suis très cadrant, j'ai été étiqueté après un moment, j'ai appris par hasard qu'un des délégués me trouvait dur, c'est que voilà, je les cadrais, je les laissais pas occuper trop de terrain.” E1

“(...) ça nous permet de leur laisser quand même un peu de place chez nous sans que ça prenne trop de place sur notre temps de consultation” E2

▪ **Une pratique à l'acte qui s'oppose parfois à celle de la formation continue ?**

Comme mentionné plus haut, il a été impossible de recruter des médecins travaillant au forfait puisqu'aucune structure au forfait contactée n'avait de contact avec des industries ou des délégués. Tou.te.s les médecins interviewé.e.s travaillent donc à l'acte. Si cela ne m'a pas interpellé d'emblée, l'analyse des entretiens a révélé ensuite une vraie thématique autour du modèle de financement des praticien.ne.s de soins. Les médecins interviewé.e.s ont manifesté spontanément deux impressions générales.

D'un côté, la pratique à l'acte implique actuellement un "manque à gagner" financier chez les soignant.e.s qui se forment de manière continue. En absence de ressenti d'une valorisation financière du temps consacré à se former, les médecins interviewé.e.s considèrent la formation continue comme du travail gratuit. En d'autres mots, se former implique de voir moins de patients (acte rémunéré par la nomenclature) et est donc perçu comme une perte financière. A ce titre, il est intéressant de noter que l'accréditation (modalité mise sur pied par l'INAMI pour contribuer à la qualité des soins à travers la valorisation de la formation continue du médecin) n'est soit pas toujours considérée comme une rémunération alors qu'elle l'est, soit est considérée comme une rémunération insuffisante voire symbolique. Ce point sera davantage développé dans la catégorie 4.

D'un autre côté, les médecins interviewé.e.s estiment que la médecine à l'acte n'incite pas à dégager du temps dans les pratiques pour assurer leur formation continue. Partant du constat que les soignant.e.s à l'acte n'ont pas l'impression d'être rémunéré.e.s pour se former et que leurs agendas débordent, les modalités de financement à l'acte (dans leur état actuel) pourraient constituer un frein aux exigences croissantes de formations continues :

"C'est compliqué, c'est un gros frein, en tout cas parce que je dirais si on gagnait mieux notre vie, si on était payé à être formé, en tout cas, moi j'en ferais plus et des formations payantes ça me coûte, il faut se rendre compte, je suis à l'acte, si je vais en formation ben je gagne pas un bal et au contraire, je paye moi pour ces formations, donc qui sont des formations payantes (...) Mais en tout cas, moi je finance tout ça à fonds propres donc non seulement je ne travaille pas parce que je pense que certaines structures au forfait ou je sais pas, elles peuvent peut-être dire on paye une certaine, partie de ton salaire et tu vas te former pour ci ou ça. Mais nous non, moi qui suis à l'acte, je bosse pas, je vois personne, j'ai pas un bal donc en tout cas sur la médecine à l'acte c'est clair et net." E6

"Pour moi ça n'a aucun intérêt. La journée est dédiée à mes patients donc c'est vraiment le temps qui détermine et voilà financièrement, on n'est pas payé pour ça mais à la limite je m'en fous." E3

"Ben le premier frein c'est toujours le temps. Évidemment hein, donc on est je pense en médecine, surtout en médecine à l'acte aussi on est sans arrêt entre il faut quand même gagner sa vie (...) Mais après, je vais quand même trouver un équilibre parce que je dois quand même payer ma maison, nourrir mes enfants" E6

"Je pense qu'on n'a pas vraiment, en tout cas en Médecine non forfaitaire donc à l'acte et compagnie, on n'a pas vraiment le temps, c'est pas vraiment prévu dans notre Timing planning quoi, je demanderais pas mieux parfois d'avoir le temps de me dire tiens : je vais me pencher un peu là-dessus, je prends une demi-heure et je vais aller lire, aller sur Uptodate ou internet" E4

“(…) ça c'est plutôt un frein, mais avec le temps qu'on a à consacrer à nos métiers, c'est pas toujours facile de faire ce travail-là, qui est un travail gratuit. Enfin voilà qui prend du temps pour être bien fait.” E2

“Je pense que c'est celui-là qu'on parle, c'est le temps qu'on a et qui est un temps consacré à notre métier malgré tout, gratuitement je veux dire, c'est pas ça, c'est pas valorisé, c'est pas gai (…) Le fait que ce soit non rémunéré, qu'on prend vraiment sur notre temps, ça c'est pour moi, c'est un frein. (…). Alors que là on est presque obligé de faire ça en dehors des heures. Ben, d'une part parce qu'on a la demande des patients qui ont besoin de leur médecin pour être consulté, hein, ça, c'est la réalité aussi, mais peut être qu'on pourrait s'organiser différemment et dire bah voilà, moi je fais une journée de formation pendant la semaine et je j'y perds rien. Je fais que gagner quoi, je me force. En plus et je perds pas d'argent pour le faire parce que là il faut prendre le temps le soir, le week-end, sur notre temps de midi, sur notre temps. Voilà et y a rien à faire, hein, ça reste un boulot qui est prenant et la balance entre la vie privée et la vie professionnelle, elle est pas facile à trouver, je trouve quand on est indépendant en tout cas.” E2

Catégorie 3 : des motifs plus que des motivations ?

Dans cette troisième catégorie, j'explorerai ce qui se rapproche peut-être le plus concrètement de la question de recherche initiale de ce travail. A travers les entretiens, je dégagerai plusieurs motivations évoquées par les médecins interviewé.e.s pour conserver des liens avec les industries pharmaceutiques dans le cadre de leur formation continue. La complexité résidera ici dans le fait de tenter de faire la part des choses entre les motivations avancées, vues comme des forces qui poussent à agir, par opposition à ce qui peut être considéré comme des motifs, plutôt vus comme des raisons invoquées dans l'optique de justifier une pratique.

Interrogé.e.s sur ce qui les motivait à se former au quotidien, les médecins interviewé.e.s ont eu des réponses relativement attendues : envie de rester à jour et de s'améliorer, passion du métier et curiosité intellectuelle, volonté de bien soigner les patient.e.s, ... Cependant, les raisons invoquées au fil des entretiens pour conserver des liens de formation avec les industries pharmaceutiques sont souvent bien différentes de celles mentionnées juste avant. Dit autrement, les médecins ne semblent pas motivés par les mêmes choses pour se former de manière générale ou pour conserver des liens avec les firmes pharmaceutiques. C'est cette ambivalence dans les raisons invoquées qui justifie d'essayer de distinguer les réelles motivations des simples motifs.

▪ Un certain accès à de l'information actualisée et très pratico-pratique

Les médecins interviewé.e.s paraissent être motivé.e.s par une partie de l'information qui est amenée par les firmes. Si une grande partie est jugée de mauvaise qualité ou biaisée, l'information apportée par les firmes jouit toujours de son caractère actualisé, de sa clarté et de son côté très pratico-pratique (prix – conditionnement – remboursement - ...) que les praticien.ne.s estiment ne pas toujours trouver ailleurs :

“Ils amènent quand même une information sur deux choses : sur certaines innovations, même si y en a pas toujours, et sur le côté financier de certains médicaments parce que sur les prix et compagnie, le prix des génériques et voilà, c'est quand même intéressant.” E4

“Et je vois quand même un certain, un tout petit intérêt quand même dans le côté plutôt pratico-pratique, conditionnement et cetera.” E1

“(…) ne vont pas nous former spécialement sur le nouveau médicament, sur le conditionnement, sur le remboursement. Voilà voilà alors peut-être parler d'une classe dans son ensemble, mais il y a aussi tout le côté pratique et c'est eux qui nous amènent ça.” E4

“(…) on trouvait leur information pas pertinente et pas scientifiquement intéressante. OK mais au final on s'est dit, on continue parce que l'information qu'ils amènent, même si 9/10 ne nous intéressent pas, le 10e, qui reste on ne sait pas le trouver autre part.” E4

▪ **Culture de l'innovation : un motif ou une réelle motivation ?**

Il ressort de l'analyse des entretiens qu'être tenu au courant des innovations est une raison importante qui justifie encore d'avoir des liens avec les firmes ou leurs représentants. Ces innovations sont aussi jugées comme ayant un impact minime dans les pratiques de soins. Cette justification par la culture de l'innovation semble, à mon sens, plus répondre d'un motif justificatif que d'une réelle motivation :

“Maintenant ce qui me motive à continuer ça, c'est surtout le fait que ça me permet de voir un petit peu tout ce qui se fait comme médicaments dans les nouveaux parce qu'il y a dans les médicaments, je parle de compléments alimentaires, et cetera. Il y en a énormément. Et ça me permet d'avoir un œil sur tout ce qui se développe comme nouveau médicament.” E7

“Un intérêt, oui, en fait c'est de connaître les nouvelles molécules potentiellement (…)” E3

“Ils amènent quand même une information de deux choses : sur certaines innovations, même si y en a pas toujours et sur le côté financier de certains médicaments (….) et voilà, c'est quand même intéressant.” E4

“(…) c'est quand même une façon malgré tout d'être tenu au courant des nouveautés potentielles qui sortent.” E6

“Mais voilà, comme je dis, je trouve que c'est intéressant d'apprendre tout ce qui est nouveau. Mais je trouve que l'idéal serait de les voir uniquement pour des nouveaux produits (…)” E7

▪ **Organisation d'espace de convivialité et de sociabilisation professionnelle**

Le fil des entretiens révèle que l'industrie pharmaceutique est reconnue pour ses compétences en organisation de moments de formation continue et d'espaces de convivialité entre médecins. A ce titre, la sociabilisation professionnelle, la convivialité et les temps de rencontres entre praticien.ne.s constituent une motivation centrale à se former au quotidien chez les médecins interviewé.e.s. Plus que la formation en elle-même, la création de liens et la rencontre du réseau professionnel sont essentielles pour les soignant.e.s interrogées :

“Tout à fait. En présentiel où on voit du monde et à la fois de la formation théorique. Enfin théorique. Théorique ou pratique sur un sujet pertinent avec un orateur pertinent et, à la fois, on mange un petit bout ensemble, on papote, on échange, c'est je veux dire, c'est la moitié de la formation c'est ça quoi.” E3

“Il y avait beaucoup de thèmes organisés par les firmes pharmaceutiques qui étaient très intéressants, pas tellement par rapport aux thèmes associés mais parce que les firmes pharmaceutiques donnaient vraiment une espèce de de ciment, de cohésion, faisaient qu'on avait l'occasion de croiser toute une série de confrères qu'on n'aurait pas vus s'il n'y avait pas cette organisation.” E1

“Et puis après y a un resto avec tous les médecins des quartiers et donc je pense que ça a eu son rôle à une époque. À l'époque des médecins solo qui étaient chacun dans leur coin et qui en fait avaient besoin de se retrouver. Et donc ça crée un peu ça, c'est un peu comme les associations, les médecins sont trouvés dans les associations, les médecins aussi se retrouvaient dans la situation avec la firme Pharma qui sponsorisait et qui permet de créer un moment en fait entre tous ces médecins et donc, je pense que la génération qui a plus que 50, 55 ans, a beaucoup connu ça et ça avait son rôle à l'époque, ça a beaucoup moins son rôle aujourd'hui parce qu'on est déjà tous regroupés, hein ?” E4

Il paraît important de mentionner aussi le rôle fédérateur que les firmes peuvent jouer entre les praticien.ne.s, notamment via l'organisation de rencontres et d'interactions avec des experts ou de médecins spécialistes (appelée pratique du “Key Opinion Leader” [3]) sur certaines thématiques :

“C'est souvent des choses que les firmes organisent en dehors de notre cabinet et on convient de discuter d'un sujet qui concerne certainement un de leurs produits, mais avec souvent des spécialistes qu'on connaît.” E2

“Alors une fois de temps en temps, alors on fait un resto avec un spécialiste et il parle d'un sujet et puis, c'est une question de réponse. Mais comme on est une équipe en général, on fait notre équipe, on est une dizaine, on va tous avec un spécialiste sur un sujet précis et on discute.” E4

“Les soirées de présentation ou d'un nouveau produit, d'un spécialiste qui vient parler d'un sujet X ou Y, et le tout encadré par la firme.” E7

“Je pense que dans le quotidien, on a pas mal d'échanges avec des confrères et ça fait partie de la formation continue, notamment avec des confrères spécialistes.” E2

- **Apprendre en s'amusant... ou en tout cas en se détendant**

Je l'ai déjà mentionné, les exigences professionnelles (et privées) du métier de médecin généraliste sont vues comme une contrainte considérable. Dans cette optique, les médecins interviewé.e.s paraissent motivé.e.s à l'idée de se former pendant des moments de pause et de sociabilité. Cela leur permet de se former sans impacter leur temps de travail mais aussi de cadrer facilement les moments de relations avec les firmes. Bref, les journées de travail étant vues comme chargées et fatigantes, se former sur un temps de midi ou un lunch incite réellement les médecins à conserver des liens avec les délégués :

“On les voit, on a une réunion d'équipe jeudi midi. Et puis on voit les firmes tous ensemble.” E4

“On a en général un jour par semaine qui est prévu pour eux, un temps de midi. On prévoit pas des temps de consultation pour les firmes, ils viennent à midi, parfois ils amènent à manger, parfois pas. On avoue qu'on a tendance à inciter qu'ils nous amènent à manger parce que j'ai pas le temps d'aller me chercher à manger, donc ça m'arrange. (...) effectivement, on en profite pour manger avec eux aussi. D'où le fait qu'on les convoque à midi parce que moi, je ne sais pas leur consacrer du temps en dehors de ça.” E6

“Euh toujours un midi, soit le mardi midi, soit le jeudi midi donc y a des semaines, on en a deux mais c'est plus rare, en général, c'est une fois par semaine, ça nous permet de leur laisser quand même un peu de place chez nous sans que ça prenne trop de place sur notre temps de consultation et c'est un temps où nous on est relax, où on peut écouter, où voilà on mange en même temps, soit notre lunch soit le leur.” E2

▪ **Le motif des maigres avantages matériels ou de l'accès à des financements**

Il se dégage également des entretiens que les avantages matériels sont avancés comme une raison qui sonne plus comme un motif. Souvent évoqués spontanément comme une motivation, les avantages matériels (flyer - échantillon - outil pratique - ...) se révèlent souvent inutiles en pratique et donc plus encombrant qu'autre chose :

“(...) on peut y trouver des avantages autres, les échantillons en font partie. (...). Un des seuls avantages de voir des délégués, c'est encore avoir des échantillons. (...) . En fait, ils nous donnent des boîtes de trucs qui ne nous intéressent pas du tout. Donc je passais mon temps à jeter plein de médicaments que j'avais reçus en échantillon et qui finalement n'ont pas servi quand même.” E3

“Alors les flyers non, les échantillons honnêtement plus beaucoup parce que ça me semble pas très utile dans ma pratique” E4

“Euh, il y a toujours la question des échantillons. On a fortement diminué les échantillons qu'on prend parce qu'on se rend compte que beaucoup d'échantillons qui ne sont jamais utilisés et que malheureusement les firmes pharma maintenant en ont de moins en moins.” E4

“Il y a pas que les échantillons d'ailleurs qui sont de plus en plus réduits donc c'est tout, l'armoire se remplit chaque fois qu'on en a, on fait un petit nettoyage de temps en temps parce qu'en fait j'en donne très peu en fait. C'est fou, hein ?” E1

Les consommables (nourriture, sandwich, repas), par contre, sont accueillis avec beaucoup plus d'enthousiasme :

“Voilà, c'est sponsorisé par une firme pharmaceutique, hein pour l'aspect logistique, l'aspect sandwich, petit déjeuner, voilà, voilà des trucs de ce genre-là (...)” E1

“Et puis oui, on les invite le temps de midi parce qu'on est toujours content qu'ils nous ramènent un sandwich parce qu'on a pas beaucoup de temps d'aller acheter le nôtre et donc ça reste un gain de temps.” E2

▪ **Des habitudes, un engrenage : la reproduction des comportements**

Dans la même idée, des logiques d'engrenage et d'habitude ont été mentionnées dans les entretiens pour justifier la conservation de liens réguliers avec les firmes :

“Mes maîtres de stage l'ont toujours fait et ont toujours reçu les délégués et donc moi c'est un peu fait de manière automatique où je rentrais dans l'engrenage et maintenant, je suis dans l'engrenage des rendez-vous aussi donc voilà. Mais donc c'est comme ça que je suis rentré dedans.” E7

“(…) donc une fois qu'on a été sollicité par une firme avec des produits qu'on utilise de temps en temps ou bien que le contact est bien passé avec les délégués, bah c'est des rendez-vous qui sont reconduits quasiment automatiquement une à deux fois par an en fonction des firmes.” E2

Catégorie 4 : un manque d'incitations plus que des freins ?

Dans cette quatrième catégorie, je dégagerai des entretiens, ce qui se rapproche le plus de freins à la formation continue (organisée indépendamment des firmes) évoqués par les médecins généralistes interviewé.e.s. Ces freins devront être compris comme le miroir des raisons évoquées plus tôt pour continuer à se former avec les industries pharmaceutiques. En effet, les industries semblent proposer des solutions aux freins soulevés par les médecins en matière de formation continue. Plus que des freins, sont évoqués la plupart du temps une manque d'incitation et de valorisation dans les pratiques du temps consacré à se former.

▪ Le temps comme frein permanent mais aspécifique

A la question : qu'est-ce qui vous freine dans votre pratique quotidienne à vous former de manière continue ? La première réponse est presque univoque : le manque de temps. Plutôt aspécifique comme explication, il convient de partir du temps pour essayer de dégager d'autres raisons invoquées par les médecins interviewé.e.s. En premier lieu, l'organisation du travail se veut de plus en plus cadrée, avec des horaires moins lourds, pour consacrer plus de temps à sa vie personnelle (famille, loisir, ...). En deuxième lieu, il se dégage une envie manifeste de consacrer le maximum de temps de travail disponible au patient, ce qui peut se faire au détriment de la formation continue. En troisième lieu, la place du temps “non valorisé financièrement” dans les pratiques à l'acte semble aussi une raison centrale explorée dans la deuxième catégorie :

“L'obstacle numéro un ? Le temps ! La journée est dédiée à mes patients donc c'est vraiment le temps qui détermine (...)” E3

“Honnêtement avec ma vie actuelle j'ai pas vraiment plus de temps à consacrer à ça (...)” E5

“je dois quand même payer ma maison, nourrir mes enfants et voilà et là et évidemment, le volet formation continue ben une fois que t'as une vie de famille, il faut à un moment donné placer ses priorités. Et donc voilà y a 24h dans une journée et on ne sait pas tout faire et donc il faut faire des choix” E6

“Ça reste quand même, ça prend du temps, hein ? Surtout si on va faire des choses de qualité. Et c'est vrai que parfois c'est lourd pour moi et pour ma femme, c'est à dire bah oui, encore une soirée où je suis pas là ?” E1

“Ben le temps, le temps. C'est, c'est la principale chose (...) c'est vraiment le frein principal parce que toute la pratique médicale prend déjà énormément de temps. Et puis au-delà de ça, j'ai mes activités auxquelles j'accorde de l'importance et puis y a la famille (...)” E7

- **Indépendant des firmes c'est bien, gratuit c'est mieux**

Il se dégage des discussions avec les médecins interviewé.e.s que le manque d'incitants financiers couplé au prix de certaines formations continues indépendantes peut constituer un frein à l'idée de se former au quotidien. Toujours considérées comme de meilleure qualité et plus adaptées aux pratiques de premières lignes, les formations indépendantes souffrent parfois de leur prix, en comparaison des interactions avec les firmes pharmaceutiques qui sont “gratuites” :

“Le point négatif c'est comme on sort malheureusement des firmes pharma alors c'est cher parfois. Vous avez des formations qui sont assez chères (...) . Donc oui, le côté un peu financier, ça, c'est un peu le retour, le revers de la médaille, c'est que c'est le coût de ces formations.” E4

“(...) si je vais en formation ben je gagne pas un bal et au contraire je paye moi pour ces formations, donc qui sont des formations payantes.” E6

“Ce n'est pas bon marché, hein ? Un abonnement approprié. C'est quand même plusieurs centaines d'euros ? (...)” E1

“Bah moi j'avais un abonnement (Prescrire) après, ça coûte quand même assez cher, hein ?” E6

- **Un manque d'incitation en plus des freins : l'exemple de l'accréditation INAMI**

L'étude des entretiens révèle aussi qu'en plus de certains freins, les médecins interviewé.e.s ressentent un manque d'incitation (notamment financière dans le cadre de pratique à l'acte) voire un manque de sollicitation à se former indépendamment des industries. Au vu de la pléthore d'offres de formation continue et de leur prix, les firmes sont considérées comme attractives au contraire car elles sont gratuites (ou avec des petits avantages) et font déjà le tri pour proposer aux médecins du contenu séduisant. A ce niveau, il est intéressant de noter que les médecins interrogé.e.s ne ressentent pas l'accréditation INAMI comme un incitant à la formation continue alors qu'elle est pensée comme telle :

“Donc je trouve que l'accréditation est un truc qui est dépassé perso comme elle est. Et puis enfin, la médecine a évolué : moi par exemple je suis déconventionné. Les 2€ de plus de remboursement, ça change pas grand-chose, c'est pas la motivation financière à partir du moment où de toute façon on est déconventionné de toute façon et à partir du moment où on sort du système de conventionnement, c'est plus tellement financier. Voilà c'est pas financier. Et le forfait d'accréditation de 450€ par mois imposé euh par an pardon semble anecdotique aussi.” E4

“Mais après le problème de cette incitation financière, fin de ce bonus, hein, j'appelle ça, le petit bonus, c'est qu'on sait que c'est là, on sait que c'est important, on en profite, on en bénéficie, mais c'est pas quelque chose qu'on voit directement. C'est quelque chose qui est là en bonus mais qui est injecté dans autre chose, alors qu'on devrait être payé nous-mêmes.” E2

- **La fin du format papier et du présentiel redoutés ?**

D'un côté, il ressort de manière assez claire des entretiens que la fin du format papier peut constituer un frein à la formation continue des médecins de première ligne. Passant déjà beaucoup de temps sur leur ordinateur avec les dossiers médicaux informatisés, les médecins interviewé.e.s se disent inquiét.e.s de la disparition du format papier et demandeur.euse.s de conserver ce type de support. D'un autre côté, dans la même logique de l'envie de se former dans des moments de sociabilités, les soignant.e.s redoutent la diminution ou la disparition des formations en présentielle considérées encore comme les plus agréables :

"(...) la SSMG fait une revue de médecine générale qui était éditée en papier avant mais qui n'est plus que par voie informatique, et alors je suis peut-être vieille école mais le jour où j'ai commencé à la recevoir par mail, j'ai arrêté de la lire. (...) Et le format moi y à rien à faire, je trouve que pour des articles, pour des choses dans le genre le format papier pour moi en tout cas reste important (...) Et donc quand on va manger un truc, on le prend et puis on le lit plutôt parce qu'on tombe dessus. Alors qu'avec un écran, faire encore la démarche d'aller sur l'ordinateur ou sur son GSM pour lire un truc, c'est un peu épuisant." E4

"Alors un autre frein pour moi, c'est. Moi j'aime bien le papier, je suis très triste de la disparition du papier. Je suis extrêmement triste de ça" E6

"Mais donc j'insiste, si je peux insister sur quelque chose dans mon interview j'insiste sur le papier." E6

"Autant on est toujours devant notre ordi, autant y a certains supports qu'on aime bien avoir en papier." E2

"(...) je suis triste du peu de supports papier, des folia etc... Parce que mine de rien enfin voilà, tu le prends avec toi, comme toujours quand tu as le temps, tu le lis mais au moins je suis sur le Smartphone. T'as déjà, je sais pas moi, 150 mails par jour. Tu reçois encore un truc à lire en formation continue dessus, moi c'est trop. Voilà, moi toutes mes données vraiment importantes, je trouve ça essentiel de les avoir sur papiers." E6

"Théorique ou pratique sur un sujet pertinent avec un orateur pertinent et à la fois on mange un petit bout ensemble, on papote, on échange, c'est je veux dire, c'est la moitié de la formation c'est ça quoi." E3

"Mais c'est vrai que le présentiel, c'est quand même un moment d'échange aussi, de rencontre. C'est important de pas être seul." E5

"Ça, c'est des formations qui sont conviviales et ça, c'est un une vraie motivation pour faire celle-là en particulier. Et alors que franchement, lire un article, il y a pas grand-chose qui me motive à lire un article (...)" E2

IV. DISCUSSION

4.1. Résumé des résultats

Les résultats de ce travail sont rassemblés dans les quatre catégories développées précédemment et permettent d'essayer de mieux comprendre la complexité de ce qui amène actuellement les médecins généralistes à se former par l'entremise de l'industrie pharmaceutique.

Pour entamer cette phase de discussion, revenons de manière plus concise et imagée (voir modélisation à la figure 4) sur ce qui a été dit dans l'analyse des résultats. Pour explorer les raisons qui poussent les médecins généralistes à accepter d'assurer leur formation continue (même en partie) en lien avec l'industrie pharmaceutique, il m'a paru pertinent d'aborder les éléments de réponse dans un certain ordre. D'abord, j'ai exploré des concepts plus subtils ayant cours en amont avec les **perceptions** de l'industrie (1) et les **pratiques** des médecins (2). Ensuite, je me suis attardé en aval sur des éléments plus concrets en examinant les **motivations** (3) et les **freins** (4) des médecins interviewé.e.s à se former de telle ou telle manière au quotidien.

Premièrement, au départ des explications qui se dégagent de l'analyse, il y a la **perception ambivalente que les médecins généralistes ont des firmes pharmaceutiques**.

D'un côté, les médecins interrogé.e.s considèrent l'industrie avec méfiance. Soit parce que les délégués des firmes sont vus comme des vecteurs d'influence, soit parce que l'information délivrée par l'industrie, bien que jugée claire et actualisée, est aussi perçue en partie comme biaisée et de mauvaise qualité. Cela ne les empêche pas de tisser tout de même des liens de confiance voire de loyauté avec certains délégués médicaux (moyennant certaines conditions : compétence perçue, disponibilité, apparence d'impartialité, relation de longue date, ...), ce qui contraste avec leur méfiance affichée. Ces médecins voient au contraire les formations indépendantes d'un très bon œil, notamment celles de la Société Scientifique de Médecine Générale. Iels regrettent aussi la disparition des délégué.e.s médicaux indépendant.e.s comme proposé par l'initiative Farmaka [13].

De l'autre côté, les médecins interviewé.e.s tendent à minimiser les stratégies d'influence des firmes qu'iels considèrent comme en déclin ou parfois inefficaces. Cela présuppose peut-être le fait qu'iels s'estiment équipé.e.s pour résister de manière consciente à l'influence de l'industrie bien qu'iels admettent parfois l'existence d'une emprise inconsciente ou mineure.

Il se dégage aussi, au niveau des perceptions, une tendance des médecins interviewé.e.s à dissocier leurs interactions avec l'industrie, vues comme un bonus formatif minime, de leur vraie formation continue, considérée comme essentielle et sérieuse. Les entretiens dévoilent d'ailleurs que

les moments passés avec les firmes sont peu revendiqués comme de la formation continue et prennent place essentiellement pendant des moments de pause ou de détente.

Deuxièmement, j'ai exploré comment les **pratiques professionnelles peuvent conditionner le fait que les médecins généralistes conservent des liens avec l'industrie.**

Dans un premier temps, les médecins interviewé.e.s font état de vies professionnelles fatigantes et chargées. Les pratiques de médecine générale sont décrites comme en constante évolution et difficiles à concilier avec d'autres priorités de vie. Émerge, de ce ressenti sur les pratiques, une volonté manifeste de mettre du cadre dans le quotidien de travail et des limites dans les interactions avec les firmes pharmaceutiques. De manière assez contradictoire, les médecins interrogé.e.s déclarent se faire former par les firmes pour gagner du temps dans leurs agendas chargés mais envisagent également de ne plus interagir avec celles-ci pour la même raison.

Dans un second temps, j'ai exploré le rôle potentiel du financement "à l'acte" de la médecine générale sur les pratiques de terrain. De fait, les médecins généralistes interviewé.e.s, travaillant tou.te.s à l'acte, semblent percevoir leur formation continue comme du temps "non valorisé financièrement". En d'autres mots, assurer sa formation continue implique de voir moins de patients et est donc perçu comme une perte financière. En conséquence, iels ne se sentent pas incité.e.s (du moins financièrement) à se former ni à dégager du temps dans leur quotidien pour assurer leur formation continue.

Troisièmement, il convient de développer de manière plus pragmatique les **raisons invoquées par les médecins interviewé.e.s pour continuer à assurer une partie de leur formation continue en contact avec l'industrie.** L'intérêt ici a été d'essayer de décoder les discours pour mieux distinguer ce qui relevait de réelles motivations ou ce qui semblait davantage relever de simples motifs.

D'une part, les médecins interviewé.e.s continuent à se former par l'intermédiaire des firmes pour des motivations beaucoup plus terre à terre (vues comme des forces qui poussent à agir), comme l'apport spontané d'information claire, actualisée et très pratico-pratique sur les médicaments (conditionnement, prix, remboursement, ...), l'organisation de moments de formation continue et d'espaces de convivialités entre médecins, notamment à l'occasion de rencontres d'experts ou de spécialistes hospitaliers, des formations aménagées sur des temps de repos (pause, lunch, soirée, ...) et qui n'impactent pas le temps de consultation ou ne rallongent pas les journées de travail déjà vécues comme fatigantes.

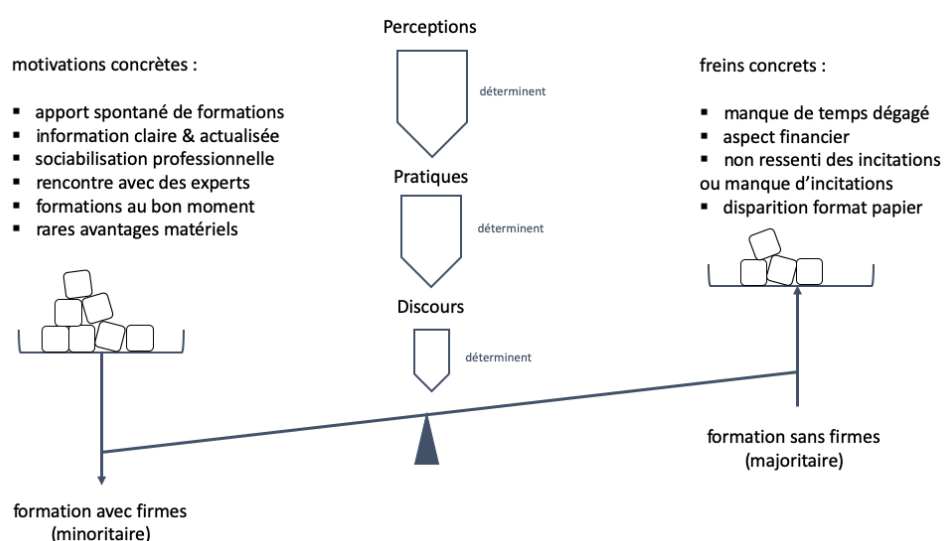
D'autre part, diverses raisons invoquées peuvent, quant à elles, davantage être comprises comme des motifs justificatifs de la pratique que comme de réelles motivations en soi. Ces arguments

comprennent notamment le fait d’être mis au courant des innovations (pourtant jugées comme ayant une place minime dans les pratiques), quelques avantages matériels (dont les échantillons, même si peu utilisés en pratique), mais surtout des repas fort appréciés ou encore des habitudes qui se reproduisent automatiquement.

Quatrièmement, j’ai également analysé les **freins décrits par les médecins interviewé.e.s pour assurer leur formation continue en dehors du cadre proposé par l’industrie**. Il s’agissait surtout de saisir ce qui pouvait compliquer la formation dans les pratiques quotidiennes. Ces freins correspondent essentiellement à un manque de temps à accorder à la formation continue dans leur quotidien (des journées chargées, du temps perçu comme “non valorisé”, ...), une pléthore d’offres parfois difficiles à trier, le prix parfois élevé des formations continues indépendantes ou d’abonnements à des revues (malgré leur qualité reconnue), ou encore la disparition progressive du format papier qui s’insérait bien dans certains moments creux du quotidien pour se documenter. Ces freins doivent aussi être compris comme de possibles motivations à poursuivre des formations avec l’industrie qui, la plupart du temps, fait le nécessaire pour les lever (accessibilité, disponibilité, gratuité, supports papiers, échantillons, repas, ...).

Pour terminer, il est essentiel de noter que les médecins interrogé.e.s disent **manquer d’incitation à assurer leur formation continue dans leur pratique quotidienne**. Cet élément semble surtout viser l’aspect financier dans la pratique à l’acte, jugé insuffisant voire anecdotique dans son état actuel. Cela peut s’illustrer par l’exemple de l’accréditation INAMI qui est conçue comme une incitation à se former pour les médecins qui en bénéficient, mais qui n’est pas toujours considérée comme telle par les praticien.ne.s de soins à l’acte.

Figure 4 : Modélisation des raisons qui incitent les médecins généralistes à faire assurer leur formation continue (même en partie) en contact avec les firmes pharmaceutiques. Avril 2023.



4.2. Mise en perspective des résultats

Après avoir résumé et modélisé les résultats de ce travail, il convient d'amener une réflexion critique et une mise en perspective de ceux-ci en allant du plus général au plus détaillé [20].

Une perception ambivalente des firmes : une méfiance moins importante que le discernement ?

Ce qui ressort le plus, en analysant les réponses des médecins interviewé.e.s pour ce travail, est l'ambivalence de perceptions des médecins généralistes interrogé.e.s à l'égard des firmes pharmaceutiques. En effet, j'ai pu détailler précédemment le ressenti globalement méfiant voire franchement négatif des médecins interviewé.e.s à l'égard de l'industrie. Cela illustre bien le fait, entre autres, qu'ils sont majoritairement conscient.e.s de l'influence des firmes [5] sur leur travail quotidien. Toutefois, cette conscience de l'influence du marketing pharmaceutique n'amène visiblement pas toujours les praticien.ne.s à rompre leurs liens avec l'industrie [15] [5]. Ce constat suggère donc un éventuel manque de problématisation de cette influence qui peut s'expliquer de plusieurs manières :

1. Au fil des années, s'est installée progressivement une normalisation de la collaboration avec l'industrie pharmaceutique [3]. Si de nombreux effets secondaires découlent de cette entente [22] [23], ils ont tendance à être acceptés par les acteur.rice.s de soins comme une norme. Même si, à ce niveau, les choses changent, l'industrie est encore fréquemment perçue comme indispensable ou comme le seul interlocuteur disponible pour répondre à certains besoins.

2. Conformément à la littérature [6] [7], les médecins généralistes interviewé.e.s fondent une grande confiance sur leur capacité à résister à l'influence du marketing de l'industrie. Cette influence n'est donc pas perçue comme une fatalité à laquelle quiconque est soumis, mais relève plutôt d'une question de compétence et de discernement. Selon moi, se sentir peu vulnérable aux stratégies de marketing encourage les médecins à conserver des liens avec les firmes sans y voir de réel problème.

3. L'influence de l'industrie et ses conséquences sur les pratiques ont tendance à être minimisées par les praticien.ne.s interviewé.e.s. Les stratégies mises en place par les firmes sont considérées comme déclinantes et inefficaces en comparaison de ce qu'elles étaient dans le passé. Cette relativisation de l'influence des firmes ne colle pourtant pas avec les réalités actuelles faisant état de budgets marketing en explosion [24] (même si cela est difficile à quantifier en l'absence de transparence des industries) et de stratégies d'influence en réflexion constante [25].

Plus globalement, les médecins généralistes sentent de plus en plus souvent que quelque chose ne convient pas dans le fait de conserver des relations avec l'industrie pharmaceutique. Toutefois, ils tendent pour plusieurs raisons à ne pas considérer l'influence qui en découle comme une problématique en soi. A mon sens, ce manque de problématisation de ces liens avec l'industrie est principalement conditionné par une perception parfois éloignée des réalités factuelles de ce que sont réellement les firmes pharmaceutiques et de leurs stratégies d'influence. A ce niveau, un travail de pédagogie sur ces enjeux est en cours [26] et mériterait certainement d'être adressé à tou.te.s les médecins de première ligne.

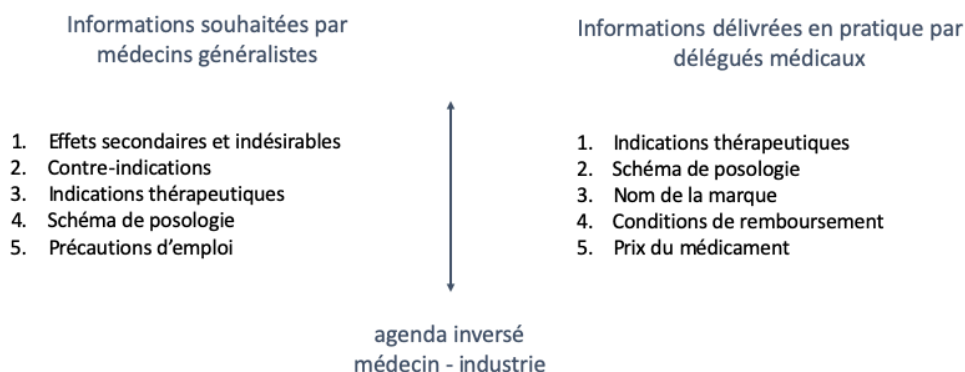
La mauvaise qualité de l'information délivrée par les firmes n'est pas totalement dissuasive

En ce qui concerne la qualité de l'information délivrée par l'industrie aux soignant.e.s, les médecins généralistes interviewé.e.s et la littérature scientifique s'accordent pour dire qu'elle leur paraît peu probante [6]. Cet état de fait est problématique au moins à deux niveaux.

D'une part, l'examen systématique de la teneur de l'information délivrée par les industries aux médecins est pour le moins inquiétant. La revue Prescrire signale que : "environ 25 à 30% des indications thérapeutiques annoncées par les visiteurs diffèrent du RCP, 15% des posologies s'écartent de celles recommandées, les risques liés aux médicaments ne sont que rarement exposés, les contre-indications sont annoncées dans moins de 30% des cas" [26]. Cet état de fait est confirmé en Belgique par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qui conclut, dans un rapport, qu' "il existe des différences importantes entre l'information disséminée par l'industrie et par les sources indépendantes" [6].

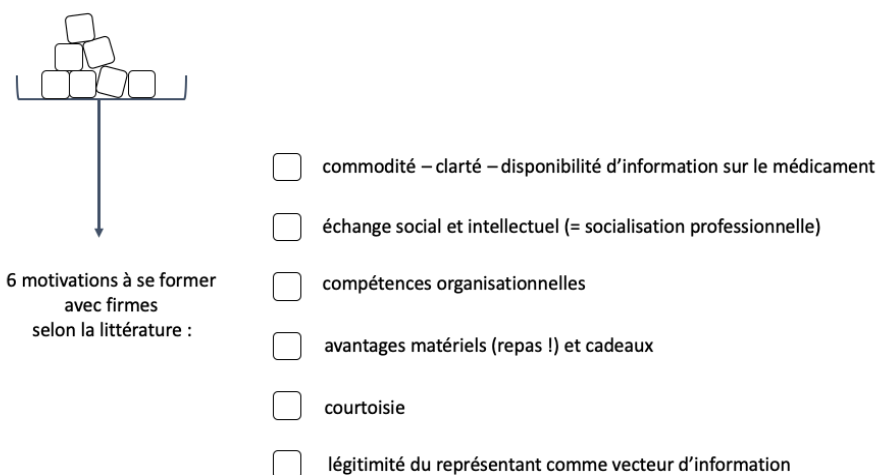
D'autre part, l'examen systématique de l'information délivrée par les firmes montre également qu'elle ne répond globalement pas aux attentes formulées par les médecins généralistes [6]. Selon la littérature, les médecins généralistes attendent des informations basées sur l'EBM (Evidence Based Medicine) et sur la précaution d'emploi (effets secondaires, contre-indications, ...). En pratique, ils reçoivent plutôt des firmes des informations très axées pratiques (indications thérapeutiques, posologies, ...) et orientées marketing (marques, prix du médicament, ...)[6].

Figure 5 : Tableau récapitulatif de l'asymétrie entre les informations attendues par les médecins généralistes et l'information délivrée par les représentant.e.s de l'industrie pharmaceutique [6].



A mon sens, il y a, à nouveau ici, une dissonance. De fait, tandis que la perception d'une information biaisée et de mauvaise qualité semble justifiée par la littérature et les entretiens, ces freins ne sont vraisemblablement pas suffisants en pratique pour que les médecins arrêtent de se laisser former par les firmes. Selon moi, cette ambivalence révèle notamment deux choses. Premièrement, les médecins généralistes perçoivent l'information de l'industrie comme étant de mauvaise qualité mais sous-estiment potentiellement l'ampleur de ce que les études révèlent à ce sujet. La demande de formation de qualité étant croissante, mieux sensibiliser les médecins à ces éléments pourrait les décider à confier leur formation à d'autres canaux plus indépendants. Deuxièmement, le manque de qualité de l'information reçue doit probablement être compensée par d'autres avantages mis en place par l'industrie pour répondre aux attentes des médecins généralistes (voir "motivations concrètes" : figure 4). A ce niveau, les motivations invoquées par les médecins interrogé.e.s confirment celles déjà bien décrites dans la littérature (voir figure 6) [7].

Figure 6 : Résumé des raisons invoquées par les médecins généralistes pour continuer à recevoir des visites de représentants de firmes dans le cadre de leur formation continue selon la littérature. Issu de Fisher et Al - Prescribers and pharmaceutical representatives : why are we still meeting ?



La pratique à l'acte : discussion autour du financement des prestataires de soins

Après avoir discuté des différences de perceptions de l'industrie, il s'agit maintenant de mettre en perspective ce que les médecins interviewé.e.s ont dit sur les pratiques de soins de première ligne. Selon les entretiens, le modèle de financement des soins "à l'acte" semble, dans son état actuel, ne pas assez inciter les médecins à se former. Ce manque d'incitation peut éventuellement participer au fait que les médecins interrogé.e.s conservent des liens de formation avec l'industrie. Cela mériterait toutefois d'être creusé beaucoup plus sérieusement.

Pour commencer, revenons brièvement sur les cadre légal et réglementaire qui entourent la formation continue des médecins généralistes belges. D'une part, les médecins généralistes agréé.e.s sont tenu.e.s à une obligation **légale** d'assurer leur formation continue sur les volets pratiques et scientifiques :

"Art. 10. [Le médecin généraliste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique]" [1].

D'autre part, les médecins généralistes sont soumis.e.s a des obligations d'ordre **réglementaire** vis-à-vis de l'Ordre des Médecins qui stipule :

"Art. 4. [Le médecin perfectionne ses connaissances tout au long de sa carrière professionnelle. (...) Le médecin détermine lui-même la formation utile à sa pratique et à sa carrière professionnelle]" [2].

Parallèlement à cela, pour favoriser ce développement professionnel continu, un système d'accréditation facultatif a été mis en place au niveau de l'INAMI [2]. Il s'agit d'une reconnaissance de participation des médecins généralistes à un ensemble d'activités de formation continue et de rencontre de pairs (GLEM). Elle est censée inciter le médecin généraliste à se former en lui permettant d'augmenter le prix de sa consultation (sans incidence sur le prix payé par les patient.e.s) et de percevoir un avantage forfaitaire annuel couvrant une partie de ses dépenses de formation.

Les résultats révèlent, de manière étonnante, que les médecins interviewé.e.s ont l'impression de devoir se former à leurs frais. De plus, la formation continue est perçue comme un "manque à gagner" financier par rapport au fait de soigner des patient.e.s (actes rémunérés dans la nomenclature INAMI). A ce titre, l'accréditation INAMI souffre également de ce ressenti et n'est pas perçue comme l'incitation financière à se former qu'elle est supposée être. Cette absence de ressenti d'une valorisation financière couplée à des réalités de travail, décrites comme exigeantes voire éreintantes, pourrait conduire à deux conséquences. Premièrement, cela pourrait démotiver les médecins dans leur formation continue si le manque à gagner est trop important. Deuxièmement, cela pourrait pérenniser certains liens de formation avec l'industrie étant donné leur gratuité et leur organisation

autour des contraintes d'agenda des médecins. Dans tous les cas, je n'ai pas pu trouver de littérature traitant précisément de ce sujet et ces moments "non valorisés financièrement" dans des pratiques de première ligne. Cela mériterait sans doute d'être exploré beaucoup plus sérieusement.

L'influence des petits avantages matériels toujours sous-estimée : échantillons et repas

Parmi les différentes motivations très concrètes invoquées par les médecins pour continuer à interagir avec les firmes (voir figure 4), en voici deux qui m'ont particulièrement marqué.

D'un côté, les échantillons semblent être encore très appréciés des praticien.ne.s et sont régulièrement mentionnés comme un motif banal pour continuer à côtoyer l'industrie. Ils sont invoqués pour leur gratuité, pour baisser le prix de la prise en charge des patients ou encore pour les dépanner en cas d'urgence. Pourtant, selon la littérature, les échantillons donnés concernent souvent des médicaments récents, chers et peu adaptés aux situations de dépannage ou d'urgence [5] [27]. Il convient également de rappeler que, loin d'être des dons neutres de la part des firmes, les échantillons sont avant tout des dispositifs publicitaires réglementés [28]. Il requiert des investissements massifs de la part des firmes pharmaceutiques qui visent surtout des objectifs de visibilité, d'influence sur la prescription des médecins et de priorité dans l'initiation des traitements aux patients [29].

De l'autre côté, les repas apportés par les industries à l'occasion des moments de formation continue sont aussi invoqués comme une réelle motivation à les rencontrer. Sous couvert de normalité, d'absence de temps pour prévoir de quoi manger et d'une envie de se former lors des moments de répit, tout s'aligne pour que les repas sponsorisés soient un enjeu pour les pratiques de soins en médecine générale. Une nouvelle fois, la littérature sur ce sujet est claire. De nombreuses études ont d'ailleurs montré un lien de causalité explicite entre des repas sponsorisés et une majoration du taux de prescription du médicament promu au cours dudit repas [29] [30]. Quand le cadeau est petit comme un repas, son influence est d'autant plus importante qu'elle est sous-estimée par les bénéficiaires ou, même, inconsciente [31].

Les implications pratiques de ces deux points sont peut-être les plus concrètes et les plus simples à discuter. Il conviendrait en premier lieu de sensibiliser et de former les étudiants [16] ainsi que les médecins ((exemple : la campagne "No Free Lunch") aux impacts concrets qui résultent de l'acceptation de ces avantages matériels offerts par les firmes. Dans l'idéal et à plus court terme, il faudrait sensibiliser les médecins à ce sujet pour que, collectivement ils refusent ces avantages, peu importe leur nature. Cela pourrait changer les dynamiques qui normalisent actuellement leur distribution par l'industrie et leur acceptation par les soignant.e.s. Cela aurait aussi pour conséquence d'au moins ouvrir la discussion sur ce sujet, voire même de continuer à changer les mentalités.

Le manque de Délégué.e Médical.e Indépendant.e pour lever des freins : l'expérience Farmaka

Comme développé dans les résultats (voir figure 4), les freins ressentis par les médecins généralistes à assurer leur formation continue au quotidien sont peu nombreux mais méritent d'être discutés. Historiquement, ces obstacles ont été levés par l'industrie pharmaceutique via le financement massif de la formation continue des médecins généralistes par les visiteurs médicaux [23]. Cela a permis de dégager du temps pour les médecins, en leur prémâchant le travail et en s'adaptant à leurs contraintes d'agenda, de lever le frein financier au travers de formations gratuites, voire agrémentées de cadeaux, et finalement de répondre à une demande de support pratique et clair [6]. Plus récemment, une initiative a permis d'envoyer des "visiteurs médicaux indépendants" porter des messages scientifiques aux médecins généralistes en partant du présupposé que "les sommes importantes consacrées par les firmes pharmaceutiques aux démarches commerciales personnalisées auprès de médecins ne peuvent être justifiées que par un rendement subséquent en termes de changement de prescription" [13].

Si l'industrie a intelligemment exploité ces freins pour se rendre indispensable à la formation continue des praticien.ne.s de première ligne, l'initiative Farmaka a reproduit ce schéma de formation, mais avec des messages porteurs d'information de qualité, issus de sources indépendantes et répondant à la demande des médecins généralistes. L'objectif du visiteur médical indépendant était de modifier les comportements des professionnel.le.s de soins en cohérence avec des données médicales concluantes et indépendantes, de renforcer la sécurité du patient ou encore d'encourager des choix de prescriptions judicieux et à moindre coût [13].

Au niveau pratique, ce genre d'initiative me paraît particulièrement pertinent à plus d'un titre. D'abord, elle permet de s'intéresser sans jugement aux obstacles ressentis dans le quotidien des médecins, pour permettre d'y répondre et de leur apporter une formation gratuite et de qualité. Ensuite, cette initiative s'articule bien avec les besoins actuels d'une médecine basée sur l'évidence. Enfin, ce genre de formation permet d'adapter les contenus pour pouvoir aussi aborder des thématiques de formation qui ne sont pas axées systématiquement autour de la prescription d'un médicament (exemple : dé-prescription, mesures hygiéno-diététiques, prévention quaternaire [32]). Malheureusement et malgré de bons résultats, l'initiative Farmaka a été arrêtée en 2017 suite à l'arrêt des financements publics [28].

4.3. Limites et possibilités de recherche :

Pour terminer cette phase de discussion, je vais m'attarder plus longuement sur les forces et les limites de ce travail pour m'aventurer ensuite sur quelques pistes de recherche possibles en vue d'enrichir cette thématique.

Pour commencer, je pense que la force que ce travail réside à plusieurs niveaux. Premièrement, mon intérêt préalable pour la thématique m'a permis d'entamer les réflexions après avoir fait une recherche documentaire fouillée sur le sujet. Deuxièmement, j'ai été accompagné dans la rédaction de mon guide d'entretien et plus généralement tout au long du travail par plusieurs personnes dans une optique de qualité. Troisièmement, l'adoption d'une approche transversale du sujet a permis de dégager des explications nouvelles sur la question de recherche, avec notamment le déterminant par les perceptions et celui par les pratiques de soins. Même si cela présuppose une portée limitée des résultats, le choix de cette approche a permis, à mon sens, d'au moins ouvrir de nouvelles pistes de réflexions sur la thématique. Quatrièmement, beaucoup de résultats dégagés confirment des éléments déjà bien décrits dans la littérature.

Ensuite, pour ce qui est des limites, elles consistent principalement en les éléments suivants :

1. **L'échantillon** : la population recrutée pour aborder la question de recherche me semble être la première et principale faiblesse de ce travail. Lors du processus du recrutement, force est de constater qu'il m'a été difficile de mobiliser des médecins avec des profils très variés. La majorité des médecins recruté.e.s l'ont été par les mêmes canaux. Cela implique qu'ils étaient à peu près tous.e.s intéressé.e.s et actif.ve.s en ce qui concerne leur formation continue, dépassant largement chaque année le nombre de points d'accréditation, étant en contact avec les firmes mais également formé.e.s par de multiples autres biais. Bref, par manque de moyens, la population étudiée reflète principalement une pratique ciblée de médecine générale et pas toute la diversité des profils présents dans le métier (notamment les profils très pro-firmes, plus isolés scientifiquement, ...).

2. **L'absence de saturation des données** : dans la même idée et bien que la représentativité n'ait jamais été un objectif en soi, l'échantillon s'est vu limité à sept entretiens semi-dirigés pour des raisons de faisabilité. Dès lors, même si des logiques récurrentes ont déjà pu se dégager du matériel récolté, cela n'a toutefois pas permis d'atteindre la saturation des données. Cela limite la portée des résultats.

3. La maîtrise de la méthode qualitative : la démarche méthodologique utilisée a été initialement une difficulté car il s'agissait d'une première utilisation de celle-ci. Il m'a fallu découvrir beaucoup de choses et notamment une posture de travail et un recul tout à fait spécifique par rapport au sujet du travail. A ce niveau, gérer mes présupposés sur l'industrie a été une réelle difficulté.

4. La difficulté à creuser l'essentiel : dans la continuité du point précédent, une des limites tient au fait qu'il a été compliqué d'explorer l'ambivalence des médecins généralistes sur la question de recherche dans toute sa complexité. Que ce soit par manque de compétence ou par souci de faisabilité, il a été difficile d'identifier de façon précise et nuancée les déterminants les plus subtils permettant de mieux comprendre la question de recherche.

Enfin, pour clôturer la discussion, voici quelques possibilités de recherche pour enrichir ce travail et plus globalement nourrir cette thématique capitale.

Comme mentionné dans les limites, il m'a été difficile de d'explorer dans toute sa complexité l'ambivalence qui entoure les rapports des médecins généralistes avec l'industrie. Il pourrait être judicieux de consacrer un travail plus détaillé et complet sur ce point précis pour mieux comprendre ce qui détermine les médecins généralistes à conserver des liens avec l'industrie, malgré les preuves d'influence existantes sur le sujet. Élargir l'exploration de la perception des firmes pharmaceutiques en s'intéressant à l'expérience des patient.e.s, qui sont de plus en plus des cibles privilégié.e.s du marketing de l'industrie, pourrait également être envisagé. Creuser plus spécifiquement le rapport des médecins généralistes avec les composantes "non valorisées financièrement" de leur travail pourrait de même être une piste de travail intéressante. Cela permettrait de mieux comprendre ce qui devrait être valorisé dans les pratiques et de quelle manière, pourquoi pas dans le cadre d'une réflexion plus globale sur le financement des soins de santé.

V. CONCLUSION

En conclusion, ce travail est parti du constat qu'assurer sa formation continue en médecine générale présente de nombreux défis. Les médecins généralistes bruxellois.e.s se disent noyé.e.s dans leur pratique, notamment par la pléthore d'offres de formation continue. Iels sont aussi nombreux.euses à rencontrer encore actuellement l'industrie pharmaceutique dans le cadre de leur formation continue, malgré des réticences affichées.

La littérature sur ce sujet est abondante et fait état de différentes conséquences négatives très documentées avec, notamment, une influence démontrée du marketing des firmes sur les prescriptions des médecins. Cette influence est globalement perçue par les soignant.e.s, mais de manière largement inférieure aux impacts réels mesurés en pratique. La littérature reste cependant beaucoup moins nourrie dans le domaine spécifique de la médecine générale.

Dans ce contexte, j'ai donc cherché à amorcer une recherche de ce qui amenait les médecins généralistes à s'adresser aujourd'hui à l'industrie pharmaceutique dans le cadre de leur formation continue. Dans cette optique, j'ai mené une étude qualitative auprès de plusieurs médecins généralistes bruxellois.e.s. Elle m'a permis de recueillir des témoignages sur leur vécu autour de cette thématique. Différentes raisons avancées par les médecins interrogé.e.s permettent d'ouvrir des pistes de réflexion sur ce qui conditionne encore les praticien.ne.es de première ligne à côtoyer l'industrie pour se former. Ces explications incluent une perception ambivalente et parfois inexacte des firmes (1), des pratiques quotidiennes spécifiques et contraignantes (2), ainsi que des motivations tangibles à interagir avec l'industrie (3) et des freins très concrets à la formation indépendante (4).

Bien entendu, ce qui détermine les pratiques de soins des médecins généralistes est infiniment complexe et ce travail n'a probablement fait qu'effleurer ce qui peut être dit à ce sujet. Au vu de l'importance des enjeux, la perception que les médecins généralistes ont des firmes mériterait beaucoup plus d'attention scientifique et davantage de sensibilisation au quotidien. Les pratiques de soins de première ligne nécessiteraient également d'être étudiées plus en détail. Elles s'avèrent soulever de nombreux défis et contraintes, et ce n'est qu'en s'y intéressant que le quotidien des médecins généralistes pourra être mieux valorisé vis-à-vis de ce qui compte réellement pour la qualité de soins des patient.e.s et pour la santé publique.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Par souci de simplicité et de clarté, les références bibliographiques seront citées par ordre chronologique d'apparition dans le texte. Les références mobilisées plusieurs fois dans le travail garderont le même numéro qu'à leur première citation dans le texte :

1. Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Web page. Mars 2010. Disponible sur : https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr. (Consulté le 20 avril 2023).
2. Code de Déontologie Médicale. Chapitre 2 : Professionnalisme. Article 4. Web page. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/code-2018/professionaliteit/4>. (Consulté le 20 avril 2023).
3. Horel S. *Lobbyisme : comment les lobbies empoisonnent nos vies et la démocratie*. La découverte. Paris. Septembre 2018.
4. Campbell EG et al. *A national survey of physician-industry relationships*. New England Journal of Medicine. Massachusetts. Avril 2007. doi: 10.1056/NEJMsa064508.
5. Desmecht E. *La visite des délégués médicaux dans les cabinets de médecine générale a-t-elle un impact sur la pratique des médecins généralistes wallons ?* TFE -Université Catholique de Louvain. Année 2020-2021.
6. Centre Fédérale d'Expertise en soins de Santé (KCE). *Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industries pharmaceutiques destinées aux médecins généralistes*. Rapport 55B. 2007.
7. Fischer MA, Keough ME, Baril JL, et al. Prescribers and pharmaceutical representatives : why are we still meeting ? J Gen Intern Med. 2009. 24 (7) 793-800.
8. Thompson FD. *Understanding financial conflicts of interest*. New England Journal of Medicine. vol. 329 - n°8. Août 1993. p. 573.
9. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD et al. *Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing : a systematic review*. PLoS Med. Octobre 2010. doi: 10.1371/journal.pmed.1000352.
10. Wazana A. *Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift ?* JAMA. Janvier 2000. 283(3) : 373-80. doi: 10.1001/jama.283.3.373.
11. Foisset E. *Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons*. Thèse de Médecine Générale : faculté de médecine de Brest. 2012.
12. Delancre E. *Quelles sont les conséquences de la promotion pharmaceutiques sur les prescriptions des médecins généralistes ? Une revue narrative de la littérature*. Année 2019-2020.
13. Centre Fédérale d'Expertise en soins de Santé (KCE). *Impact du visiteur médical indépendant sur la pratique des médecins de première ligne*. Rapport 125B. 2010.
14. Haute Autorité de Santé en collaboration avec l'OMS. *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre - un manuel pratique*. 2009.
15. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. *Of principles and pens : attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions*. American Journal of Medicine. Mai 2001. 110(7) :551-7. doi: 10.1016/s0002-9343(01)00660-x.

16. Scheffer P. *Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence des firmes pharmaceutiques ?* Thèse en Science de l'éducation. Paris 8. Mai 2017.
17. Joye C. *L'influence des firmes pharmaceutiques sur les soins de santé.* Travail de fin d'étude. Année académique 2011-2012.
18. Van Duppen D. *La guerre des médicaments - pourquoi sont-ils si chers ?* Edition Aden Belgique. Bruxelles. Avril 2005.
19. Barbaroux A. *Médecins Généralistes et visite médicale promotionnelle : pourquoi sommes-nous si ambivalents ? Etude qualitative en région Niçoise.* Médecine Humaine et Pathologie. 2015.
20. Trimbur M, Plancke L et Sibeoni J. *Réaliser une étude qualitative en santé - Guide Méthodologique.* F2RSM Psy. 2019.
21. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales.* Armand Colin. Paris. 1996.
22. Prescrire. *Visite médicale : beaux principes et médiocre réalité*". La Revue Prescrire. Tome 15 - numéro 149. Mars 1995. Pages 212 à 217.
23. Prescrire. *Dépenses Marketing des firmes : encore plus.* La Revue Prescrire. Tome 29 - numéro 308. Juin 2009. Page 457.
24. Prescrire. *Dépenses Marketing des firmes : encore plus.* La Revue Prescrire. Tome 29 - numéro 308. Juin 2009. Page 457.
25. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). *L'information des Médecins Généralistes sur le médicament.* Septembre 2007.
26. Prescrire. *15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner.* La Revue Prescrire – Tome 26. Avril 2006. Pages 383 à 389.
27. De Jonghe M. *Que faisons-nous de nos échantillons ?* Minerva. Volume 7 - numéro 8. Octobre 2008.
28. Leleu G. *Que pensent les médecins généralistes bruxellois des visites de délégués médicaux et comment se situent-ils face à la politique de distribution d'échantillons ?* Etude qualitative. TFE - Université Catholique de Louvain. Année académique 2018-2019.
29. Moens E. *L'influence du marketing pharmaceutique sur les médecins et les patients.* Louvain School of Management - Université Catholique de Louvain. 2015.
30. DeJong C, Aguilar T, Tseng C-W et al. *Pharmaceutical Industry–Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries.* JAMA Intern Med. 176(8):1114. 2016. Doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2765.
31. Prescrire. *Les repas : un cadeau particulièrement influent.* La Revue Prescrire. Tome 38 - numéro 416. Juin 2018. Pages 456 à 461.
32. Varetto S. *"Too Much Medicine" : Quand trop rend malade.* Exploration des concepts de surmédicalisation et de prévention quaternaire et de pistes de solutions. TFE - Université Catholique de Louvain. Année académique 2017-2018.